

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิเขตภาคตะวันออก” ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า

1. ระบบบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ
2. การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ
3. แนวคิด PRECEDE Framework
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 4.1 ปัจจัยด้านความรู้และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
- 4.2 ปัจจัยด้านทัศนคติต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 4.3 ปัจจัยด้านการรับรู้บทบาทหน้าที่ด้านบริการพยาบาล
- 4.4 ปัจจัยด้านความเพียงพอของทรัพยากร
- 4.5 ปัจจัยด้านบรรยากาศขององค์การ

ระบบบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ

ตามคำประกาศ อัลมา อัลตา เมื่อปี ค.ศ. 1978 โดยองค์การอนามัยโลกให้ความหมายของการบริการปฐมภูมิ (Primary Care) คือ บริการด่านแรกที่ประชาชนระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนเข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ เป็นบริการที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ โดยรวมไปถึงการดูแลสุขภาพโดยรวมที่รวมทั้งปัจจัยทางสังคมและการดูแลทั้งครอบครัว ชุมชนมิใช่เฉพาะรายบุคคลเป็นการดูแลในทุกด้านที่เกี่ยวข้องที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีสุขภาพดี (WHO, 1978 cited in Stanhope & Lancaster, 1996; Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999; พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และทักษิณี สุรกิจ โกศล, 2541)

การบริการปฐมภูมิเป็นการดูแลสุขภาพของบุคคลและสิ่งแวดล้อมโดยใช้บุคคลเป็นศูนย์กลางมากกว่ามุ่งที่โรค เป็นการผสมผสานการดูแลสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล หัวใจของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิไม่ได้อยู่ที่เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ซับซ้อนแต่อยู่ที่การให้บริการสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนและใส่ใจในความเป็นมนุษย์ การถกเถียงในการสร้างระบบบริการระดับปฐมภูมิจึงเป็นการสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็น

องค์กรรวม เข้าใจในมิติทางสังคมของความเจ็บป่วย (Roland & Wilkin, 1996, p. 7 cited in Willium, 2000, pp. 4-5; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2545)

การให้บริการขั้นปฐมภูมิเป็นการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขด่านแรกที่มีคุณภาพการให้บริการเชิงสังคมควบคู่ไปกับเชิงเทคนิคบริการ (รวินันท์ ศิริกนกวิไล และคณะ, ม.ป.ป.) กล่าวคือนอกจากผู้ให้บริการมีความรู้ความสามารถด้านการรักษาพยาบาลแล้วยังต้องมีความรู้ความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับประชาชนและชุมชน จัดการบริการที่มีความต่อเนื่องผสมผสานและมีลักษณะองค์กรรวม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ สุพัตรา ศรีวนิชชากร และคณะ (2545) ที่กล่าวว่า การบริการปฐมภูมิ (Primary Care) หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ประยุกต์ความรู้อย่างผสมผสานทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยาและสังคม เพื่อให้บริการทั้งที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพ เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่องให้แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนด้วยแนวคิดแบบองค์กรรวม โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับ โรงพยาบาลอย่างเหมาะสมรวมทั้งสามารถประสานกับองค์กรในชุมชนท้องถิ่นเพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลตนเอง ได้ในยามเจ็บป่วย รวมถึงส่งเสริมสุขภาพของตนเองเพื่อให้บรรลุสู่การมีสุขภาพที่ดี ส่วนแนวคิดของ สำเร็จ แหงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ (2545) ได้กล่าวว่า การบริการปฐมภูมิหมายถึง การบริการระดับแรกที่อยู่ใกล้ชีวิตชุมชนมากที่สุด โดยดูแลสุขภาพชุมชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนอย่างใกล้ชิด โดยดูแลตั้งแต่ก่อนเจ็บป่วยไปจนถึงการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณเพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งต่อไป

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2545) ได้ให้ความหมายของ บริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ หมายถึง การดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนโดยรวม ที่รวมทั้งปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคม เป็นการดูแลทั้งครอบครัวและชุมชนในทุก ๆ ด้านที่เกี่ยวข้อง ที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดสุขภาพและสุขภาพจิตของประชาชน ซึ่งอาจสรุปเป็นคุณลักษณะได้ 6 ประการดังนี้

1. เป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่เข้าถึงประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบทุกครอบครัว
2. เป็นบริการสุขภาพเชิงรุกที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค
3. เป็นบริการแบบองค์รวม (Holistic Care) ที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ
4. เป็นบริการแบบบูรณาการ (Integrated Care) ครอบคลุมผสมผสานบริการสุขภาพทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ

5. เป็นบริการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง (Continuous Care) ที่ประสานเชื่อมโยงบริการรักษาพยาบาล ระหว่างสถานพยาบาลกับครอบครัวและชุมชน

6. เป็นบริการที่ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเอง (Self Care) ของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน ให้สามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพในเบื้องต้นได้ ทั้งในภาวะปกติ ภาวะเสี่ยงและภาวะเจ็บป่วย

โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2544) ให้ความหมายของบริการปฐมภูมิหรือ Primary Care หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่ประยุกต์ความรู้ทางผสมผสานทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคม เพื่อให้บริการทั้งที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพ เป็นการบริการที่ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่องให้แก่ บุคคล ครอบครัวและชุมชน ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยกับโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่นเพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลตนเองได้ในยามเจ็บป่วย รวมถึงส่งเสริมสุขภาพของตนเองเพื่อให้บรรลุสู่การมีสุขภาพดีได้ต่อไป นอกจากนี้ ทศนา บุญทอง (2542) และ วิจิตร ศรีสุพรรณ (2544) ได้ให้ความหมายการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิว่าเป็นการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้กับประชาชนทุกคน ทุกครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม และต่อเนื่องตั้งแต่มีสุขภาพดี มีภาวะเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วยและระยะสุดท้ายของชีวิตโดยครอบคลุมการส่งเสริม การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้นการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) และการฟื้นฟูสภาพรวมถึงการประสานงานกับหน่วยบริการอื่น ๆ และการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่เหมาะสม โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชน ครอบครัวและชุมชนในการดูแลตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เทคโนโลยีที่เหมาะสม และการมีส่วนร่วมของชุมชนสอดคล้องกับความหมายของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งหมายถึงการสร้างหลักประกันให้คนไทยทุกคนได้สิทธิรับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตที่เป็นหลักประกันด้านสุขภาพ โดยบริการสาธาณสุขนั้นครอบคลุมทุกระบบ ซึ่งต้องมีคุณภาพได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงโดยเท่าเทียมกันทั่วประเทศ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2545) ส่วนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Care Service System) หมายถึง ระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่เป็นจุดเชื่อมต่อ (Bridging) ระหว่างประชาชนกับระบบบริการสุขภาพโดยเป็นบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้บ้าน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและมีการจัดบริการสุขภาพที่เสมอภาคและมีคุณภาพโดยผู้ประกอบวิชาชีพ (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2544)

สรุปได้ว่า การบริการปฐมภูมิเป็นบริการทางการแพทย์และสาธาณสุขด่านแรกสำหรับบุคคล ครอบครัวและชุมชน เป็นการให้บริการแบบองค์รวมผสมผสานต่อเนื่อง ใกล้บ้านเข้าถึงได้ สะดวกมีการให้คำปรึกษาและระบบการส่งต่ออย่างเหมาะสม รวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชน

ในห้องถิ่นเพื่อร่วมแก้ปัญหาและพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้มีสุขภาวะที่ดี โดยมีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิเป็นศูนย์กลางการให้บริการแก่ประชาชน

หน้าที่ของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544)

ในฐานะหน่วยบริการที่เป็นบริการด่านแรก ซึ่งโดยธรรมชาติจะต้องมีความใกล้ชิดกับชุมชนทั้งในแง่สถานที่ตั้งและความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ใช้บริการ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิจึงมีหน้าที่เสมือนเป็นที่ปรึกษาและช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนและชุมชน ในลักษณะผสมผสานเช่น หากเห็นว่าผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องใช้ยารักษาเจ้าหน้าที่ควรจะแนะนำวิธีการดูแลการปฏิบัติตนที่เหมาะสม แต่หากต้องรักษาหรือต้องใช้ยาในขอบเขตที่หน่วยบริการดูแลได้ เจ้าหน้าที่ควรต้องทำหน้าที่ดูแลและรักษาพยาบาลอย่างผสมผสาน ถ้าไม่สามารถทำเองได้หรือทำแล้วยังไม่ครอบคลุมก็จะต้องทำหน้าที่ส่งต่อหรือประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต่อไป

นอกจากด้านร่างกายแล้วหน่วยบริการระดับปฐมภูมียังควรจะต้องสามารถให้คำปรึกษาทางด้านจิตใจและสังคมแก่ผู้มาใช้บริการในระดับต้นที่ผสมผสานกับบริการทางกายหรือบริการเฉพาะได้ด้วย ส่วนกรณีที่มีปัญหามากหรือปัญหาเฉพาะทาง เจ้าหน้าที่ก็จะต้องทำหน้าที่ส่งต่อให้ผู้เกี่ยวข้องต่อไป ประการถัดมา เนื่องจากหน่วยบริการระดับปฐมภูมิมีความใกล้ชิดกับประชาชน มีข้อมูลและเข้าใจในวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนดีกว่าหน่วยบริการระดับอื่น หน่วยบริการปฐมภูมิจึงควรมีหน้าที่ประเมินสภาพชุมชนอย่างรอบด้าน แล้วนำมาวางแผนการพัฒนาบริการให้ สอดคล้องกับสภาพความต้องการและปัญหาของประชาชนทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพ ควรสนับสนุนให้ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพรวมถึงให้ความรู้ทางเทคนิคการแพทย์ และฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพบางอย่างเช่น การทำแผล การดูแลเด็กที่เป็นไข้ รู้จักสังเกตและติดตามอาการเจ็บป่วยเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมรวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี นอกจากนี้หน่วยบริการระดับปฐมภูมียังต้องสามารถให้การดูแลบริบาลผู้ที่ปัญหาสุขภาพเรื้อรังซึ่งจำเป็นต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถประยุกต์หรือปรับวิธีการดูแลนี้ให้สอดคล้องกันกับสภาพความเป็นอยู่และวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่บ้านของเขาอย่างเหมาะสม รวมถึงจะต้องมีหน้าที่ประสานบริการกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการอย่างต่อเนื่องและผสมผสาน รับผิดชอบส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการระดับอื่นในระยะเวลาและภายใต้สถานการณ์ที่เหมาะสม

ลักษณะบริการที่ให้แก่ประชาชน สำนักงานพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (2545)

ได้แบ่งเป็นประเภทดังนี้คือ

1. การให้บริการเป็นบริการผสมผสาน ที่ประกอบด้วยการบริการด้านต่าง ๆ คือ

1.1 ด้านการรักษาพยาบาลทั้งที่เป็นโรคทั่วไป โรคเรื้อรัง ซึ่งผสมผสานการให้ความรู้กับผู้รับบริการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่จำเป็นและการฟื้นฟูสภาพพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง

1.2 บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในระดับบุคคลและครอบครัว ทุกกลุ่มอายุ ทั้งที่เป็นบริการในหน่วยบริการและบริการในชุมชน

2. การให้บริการเชิงรุกได้แก่ การดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อ

2.1 สนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน องค์กรประชาชนและชุมชน ให้ความรู้และความมั่นใจแก่ประชาชนในการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย

2.2 ให้ความรู้แก่ประชาชนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

2.3 ดูแลความครอบคลุมของงานต่าง ๆ ในด้านส่งเสริมป้องกันฟื้นฟูสภาพในชุมชน

2.4 ประเมินสภาพปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน

2.5 ร่วมมือกับชุมชนและหน่วยงานอื่น ๆ ในการวิเคราะห์วางแผนดำเนินการแก้ไข

ปัญหาสุขภาพ

3. บริการด้านทันตกรรมที่เป็นบริการรักษาพื้นฐาน และบริการด้านการส่งเสริม ป้องกันทางด้านทันตกรรม

หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU)

หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (PCU) หมายถึง หน่วยงานหรือสถานบริการที่จัดให้บริการสุขภาพระดับต้นที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด โดยดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยดูแลตั้งแต่ก่อนป่วยไปจนถึงการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ชุมชนเข้มแข็ง หน่วยบริการระดับปฐมภูมิเดิมใช้ชื่อว่า ศูนย์สุขภาพชุมชน (สชช.) ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้เปลี่ยนชื่อเมื่อปี พ.ศ. 2545 เพื่อให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หน่วยบริการระดับปฐมภูมิเกิดขึ้นจากการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนางานสาธารณสุขที่สำคัญ 3 เรื่องคือ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) (สำเร็จ แหยงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ, 2545) สอดคล้องกับ สุพัตรา ศรีวณิชกร (2544) และสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2545) ได้ให้ความหมายของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิว่า เป็นหน่วยให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ที่ประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยาและสังคมศาสตร์ เป็นการให้บริการใน

ลักษณะที่ผสมผสาน (Integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพไปอย่างกลมกลืนสอดคล้อง มิใช่แยกเป็นส่วน ๆ เป็นการให้บริการที่มีความต่อเนื่อง (Continuous) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic) ให้แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน (Individual, Family and Community) ที่คำนึงถึงปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมโดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งทำหน้าที่ประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาและพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้เกิดภาวะสุขภาพดี

หน่วยบริการระดับปฐมภูมิมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกด้าน เป็นบริการแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive Care) และมีลักษณะ โคดเด่นจากโรงพยาบาลดังนี้ (สำเร้ง แหงกระโทก และจุริรา มังคละศิริ, 2545; สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2545)

1. มีปฏิสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับชุมชน โดยเป็นหน่วยที่ตั้งอยู่ในชุมชนที่รับผิดชอบ ผู้ปฏิบัติงานจะเป็นสมาชิกที่ใช้ชีวิตในชุมชน เข้าใจชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน เกิดความสนิทสนม ไว้วางใจเชื่อถืออาหารและเกื้อกูลต่อกันกับประชาชน ทั้งหมดนี้เป็นที่มาของการเรียกขานหน่วยบริการระดับปฐมภูมิว่าสถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจ
2. ให้การบริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ กล่าวคือ ดูแลทุกมิติของชีวิตแบบองค์รวม ผสมผสานและต่อเนื่องดูแลทุกระยะของวงจรชีวิต ดูแลทุกเพศทุกวัย ดูแลทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน มีบริการ โคดเด่นเช่น การให้การปรึกษาเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเยี่ยมบ้านและดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง การติดตามผู้ป่วยอย่างเข้มข้น การใช้บ้านเป็นเหมือนห้องสังเกตอาการ ในการติดตามดูแลอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การบริการเชิงรุก การสนับสนุนทางจิตสังคม (Psycho-Social Support)
3. ในด้านการรักษาพยาบาลไม่เพียงแต่ให้การรักษาโรคเบื้องต้น ที่พบบ่อยและมีอาการในระยะแรกเริ่มเท่านั้น แต่ยังให้การรักษาโรคเบื้องต้น สำหรับโรคและปัญหาที่ต้องการปรับพฤติกรรมและการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต พิการ และให้การรักษาโรคเบื้องต้นสำหรับการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (End of Life Care) ผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องมีทักษะทางการแพทย์ควบคู่กับทักษะทางสังคม แม้แต่ทักษะทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิก็จำเป็นต้องมีการเรียนรู้ในลักษณะต่างไปจากทักษะการบริการระดับโรงพยาบาล เนื่องจากทั้งสองระดับนี้มีเป้าหมายภารกิจและวิธีการที่แตกต่างกันโดยสิ้นเชิง
4. เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนและเครือข่ายในชุมชน และระหว่างวัฒนธรรม (High-Touch) กับเทคโนโลยีอันเป็นจุดสมดุลที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างมีความเสมอภาค คุณภาพและประสิทธิภาพ

มาตรฐานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สถานบริการที่จะเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการปฐมภูมิ จะต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการภายใต้สถานพยาบาลหน่วยเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มีคุณสมบัติในด้านต่าง ๆ ซึ่ง สำนักงานโครงการปฏิรูปบริการสาธารณสุข (2545) ได้กำหนดไว้ คือ

1. การจัดหน่วยบริการ

- 1.1 ประชากรรับผิดชอบไม่ควรเกิน 10,000 คน ต่อหนึ่งหน่วยปฐมภูมิ
- 1.2 สถานที่ตั้งของหน่วยให้บริการต้องตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ประชาชนเดินทางไปใช้
- 1.3 บริการได้สะดวกภายใน 30 นาที โดยรถยนต์

2. จิตความสามารถหน่วยบริการ

2.1 มีการให้บริการที่หลากหลายอย่างผสมผสานทั้งด้าน การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ พร้อมกับการให้ความรู้กับประชาชนที่มาใช้บริการไม่น้อยกว่า 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (โดยเน้นเวลาที่สะดวกของประชาชน)

2.2 มีบริการด้านทันตกรรมภายในหน่วยงานเอง หรือมีระบบเชื่อมต่อเพื่อส่งประชาชนในความรับผิดชอบไปรับบริการทันตกรรม (รักษาและป้องกัน) ได้อย่างน้อย 40 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์

2.3 มีบริการให้ความรู้แก่ประชาชนที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการทุกวันทำการ

2.4 มีบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในหน่วยบริการเช่น การดูแลหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอด ดูแลหลังคลอด วางแผนครอบครัว พร้อมทั้งมีระบบติดตามต่อเนื่องของระบบอย่างน้อย 1-2 สัปดาห์

2.5 มีบริการดูแลสุขภาพเด็ก 1-8 วันต่อเดือน

2.6 มีระบบการเยี่ยมบ้านปฏิบัติงานในชุมชน เพื่อติดตามบริการผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพ และทำความรู้จักกับครอบครัว ประเมินสภาพครอบครัว และดำเนินการด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างน้อย 10-15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

2.7 มีบริการด้านยา ตั้งแต่การจัดยา การจ่ายยา และการให้ความรู้ด้านยาตามเกณฑ์มาตรฐาน มีการตรวจชั้นสูตรพื้นฐานที่ควรทำเองได้ และมีระบบส่งต่อไปยังหน่วยอื่นที่ให้บริการได้อย่างรวดเร็วคล่องตัว

3. ด้านบุคลากร ต้องมีบุคลากรให้บริการทั้งส่วนที่เป็นแพทย์และพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐาน

3.1 มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มาตรฐานเป็นทีมให้บริการที่ต่อเนื่องในอัตราไม่น้อยกว่า 1: 1,250 คน โดยมีพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 1 คน ต่อประชากร 5,000 คน (อัตราส่วนที่เป็นเฉพาะระยะแรก ในอนาคตควรพัฒนาให้มีบุคลากร

ในอัตราส่วน 1: ประชากร 900 คน) และบุคลากรต้องทำงานประจำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย ร้อยละ 75

3.2 ในระยะแรก ให้มีแพทย์ในเครือข่ายร่วมให้บริการต่อเนื่องเต็มเวลา ในอัตราส่วน อย่างน้อย 1: 10,000 ในอนาคตควรพัฒนาให้มีแพทย์มากขึ้นในอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 1: 3,000 คน ในพื้นที่ที่แพทย์ไม่เพียงพอ อาจจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติที่มีความรู้ความสามารถเหมาะสมตามเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มเติมจากข้อ 3.1 รวมเป็นอัตราส่วนอย่างน้อย 1: 1,000 ภายใต้การดูแลรับผิดชอบของแพทย์รวมทั้งหมดไม่เกิน 1: 20,000

3.3 มีทันตแพทย์ในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1: 20,000 คน ในพื้นที่ที่มีทันตแพทย์ ไม่เพียงพออาจจัดให้มีทันตภิบาลในอัตราส่วนอย่างน้อย 1: 2,000 ภายใต้การดูแลของทันตแพทย์ รวมทั้งหมดไม่เกิน 1: 4,000 คน

4. ด้านการจัดการ ต้องมีระบบการจัดการที่เหมาะสม

4.1 มีระบบรับผิดชอบประชาชน โดยทีมผู้รับผิดชอบต้องรู้ว่าประชาชนที่ขึ้นทะเบียน เป็นใคร อยู่ที่ไหน

4.2 ให้เกิดความต่อเนื่องของการบริการ (เช่น ระบบนัดหมาย การติดตาม จัดระบบ ข้อมูล)

4.3 ให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว เช่น ประชาชนได้รับบริการภายใน 1 ชั่วโมง หลังจากมาถึงสถานพยาบาล

4.4 ให้มีข้อมูลเพื่อการให้บริการที่มีคุณภาพ และสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค

4.5 ให้มีระบบกำกับและพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างสม่ำเสมอ

4.6 มีการพัฒนาด้านยาตามเกณฑ์มาตรฐาน

5. ด้านอุปกรณ์อาคารและสถานที่

5.1 มีอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการควบคุม และฟื้นฟูสุขภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐาน และมีการป้องกันการติดเชื้อ (Sterile System)

5.2 มีการจัดการให้มียานพาหนะ เพื่อใช้ในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียง ในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

5.3 มีอาคารให้บริการที่สะดวก สะอาด ปลอดภัย และมีพื้นที่ให้บริการที่พอเพียง ตามเกณฑ์

5.4 มีระบบการติดต่อสื่อสารที่สามารถรับคำปรึกษาจากหน่วยบริการในเครือข่าย อย่างรวดเร็ว

6. มีระบบการเชื่อมต่อ และส่งต่อกับโรงพยาบาลที่ทำหน้าที่สนับสนุนการบริการด้านวิชาการ และระบบข้อมูล ได้อย่างต่อเนื่อง เป็นการบริการสุขภาพที่ผสมผสานทุกกลุ่มอายุ ครอบคลุมปัญหาสุขภาพพื้นฐานของประชาชนในระดับบุคคลและครอบครัว รวมทั้งการบริการด้านยา ตั้งแต่การจัดหายาและการให้ความรู้ด้านยาที่เหมาะสม

มาตรฐานและเกณฑ์ประเมินคุณภาพหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ใช้เป็นแนวทางในการประเมินการพัฒนาคุณภาพ และใช้เป็นแนวทางในการกำกับดูแลหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล, 2545)

1. สามารถให้การดูแลเบื้องต้นสำหรับภาวะฉุกเฉิน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้บริการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพพื้นฐานที่พบบ่อยได้ตามแนวทางหรือมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับในลักษณะการดูแลผสมผสานและเป็นองค์รวม

2. ให้บริการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับบริการรักษาพยาบาล

3. ให้บริการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมตลอดช่วงอายุของประชาชน

4. ผู้พิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสม

5. ผู้ป่วยและประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

6. ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีความตระหนักในปัญหาสุขภาพชุมชน และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา

7. มีระบบบริการจัดการที่มีประสิทธิภาพ

ผลลัพธ์ด้านการบริการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2548)

1. ความครอบคลุมของการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์

2. ผู้ป่วยที่ส่งต่อและกลับมาชุมชนได้รับการติดตามเยี่ยมทุกราย

3. ผู้ป่วยที่ต้องการหัตถการที่บ้าน เช่น ใส่สายสวนปัสสาวะ ให้อาหารทางสายยาง ทำแผลหรือล้างไต ฯลฯ ได้รับการพยาบาลที่บ้าน

4. มีการติดตามเยี่ยม ครอบครัวในความรับผิดชอบทุกครอบครัว

5. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการหรือปัญหาที่ป้องกันได้หรือลดการกลับเป็นซ้ำหรือการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนวันนัด

ผลลัพธ์การให้บริการร่วมกับทีมสุขภาพอื่น

1. การคัดกรองสุขภาพครอบคลุมทุกกลุ่มอายุและกลุ่มเสี่ยง

2. ประชากรป่วยด้วยโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม มีอัตราลดลง

3. ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงลดลง

4. จำนวนกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเอง กลุ่มช่วยเหลือกันที่เกิดขึ้น

5. กระบวนการจัดการกับปัจจัยเสี่ยง ภาวะคุกคามต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชน
6. สามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิดการระบาดอย่างรุนแรงในชุมชน เมื่อเกิดโรคระบาดภายในชุมชนมีการค้นหา รายงานโรคได้อย่างรวดเร็วและแก้ไขได้ทันทั่วทั้งที่

ผลลัพธ์ด้านการประเมินผลการบริการสุขภาพในชุมชน

1. การพึงพอใจของบุคคล ครอบครัวและองค์กรชุมชน
2. ความร่วมมือของชุมชน ครอบครัวและองค์กรที่เกี่ยวข้อง โดยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
3. เกิดผลลัพธ์ในการให้บริการตามมาตรฐานด้านผลลัพธ์การให้บริการ
4. ประสิทธิภาพและคุณภาพของระบบข้อมูลสุขภาพชุมชน ครอบครัว กลุ่มคนและบุคคล
5. การทบทวนระบบข้อมูลครอบครัว กลุ่มเสี่ยงและชุมชนเพื่อการพัฒนาและความสมบูรณ์ของฐานข้อมูล

6. ข้อร้องเรียนและกระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนอื่น ๆ ให้เป็นไปตามมาตรฐานด้านต่าง ๆ ของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

จากการรวบรวมความหมายสรุปได้ว่า หน่วยบริการระดับปฐมภูมิหมายถึง หน่วยบริการสุขภาพด้านแรกของประชาชนที่เน้นการบริการผสมผสานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพและการสนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน โดยให้การดูแลสุขภาพของ บุคคล ครอบครัวและชุมชนอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง

หน่วยบริการระดับปฐมภูมิเขตภาคตะวันออก

หน่วยบริการระดับปฐมภูมิเขตภาคตะวันออกคือ หน่วยบริการสุขภาพด้านแรกของประชาชนที่เน้นการบริการผสมผสานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการสนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง อยู่ใน 7 จังหวัด ได้แก่ชลบุรี ฉะเชิงเทรา จันทบุรี สระแก้ว ปราจีนบุรี ระยองและตราด มีจำนวนทั้งหมด 324 แห่ง (ข้อมูลจากสถานบริการสุขภาพแม่ข่าย (CUP) ประจำจังหวัด, มีนาคม 2549) ประกอบด้วย

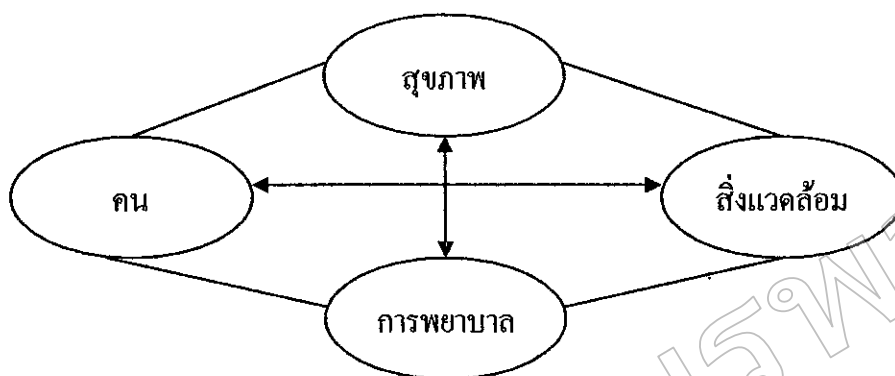
หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดชลบุรี	จำนวน 69 แห่ง
หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา	จำนวน 130 แห่ง
หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดจันทบุรี	จำนวน 34 แห่ง
หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว	จำนวน 31 แห่ง
หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี	จำนวน 17 แห่ง
หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดระยอง	จำนวน 19 แห่ง
หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดตราด	จำนวน 24 แห่ง

การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

การปฏิบัติงาน หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้รับมอบหมายให้ประสบผลสำเร็จ โดยอยู่บนพื้นฐานความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพการเรียนรู้ของบุคคล รวมถึงการอยู่ในภาวะแวดล้อมที่เหมาะสม (นงพาง บัณฑิตพันธ์, 2542, หน้า 24) ส่วนการปฏิบัติงานของพยาบาล สแวนเบิร์ก (Swansburg) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติงานพยาบาล (Nurse Performance) ว่าเป็นความสามารถในการปฏิบัติงานทางการพยาบาลโดยมีพื้นฐานมาจากการศึกษาและสามารถสังเกตได้จากการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยบริการ (Swansburg, 1995, p. 42) สอดคล้องกับ พงษ์รัตน์ บุญญานุรักษ์ (2546) ที่ได้ให้ความหมาย การปฏิบัติงานของพยาบาลว่าหมายถึง การปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือบุคคล กลุ่มบุคคลและชุมชน ทั้งผู้ที่มีภาวะสุขภาพที่ดีและเจ็บป่วยให้สามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมของตนเองได้อย่างมีความสุขตามอัธยาศัย

การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง การบริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกวัยที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การคัดกรองเบื้องต้น และการดูแลรักษาผู้ที่เจ็บป่วยไม่รุนแรงในภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันและการจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและการฟื้นฟูสภาพ โดยส่งเสริมศักยภาพของประชาชนในการดูแลตนเอง และการใช้ทรัพยากรในชุมชน รวมทั้งภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุด การส่งต่อผู้ป่วยที่เกินศักยภาพการดูแลให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมโดยรูปแบบการบริการประกอบด้วย การบริการในสถานบริการในที่หอพักอาศัยของประชาชนและในชุมชนประเภทต่าง ๆ (สภาการพยาบาล, 2542)

แนวคิดหลักที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนกระบวนการปฏิบัติงานของพยาบาลได้แก่ ศาสตร์ทางการพยาบาลประกอบด้วย คน สิ่งแวดล้อม สุขภาพและการพยาบาล หมายถึง การมองคนและสุขภาพแบบองค์รวม (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2543) ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดหลักของศาสตร์ทางการพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543, หน้า 66)

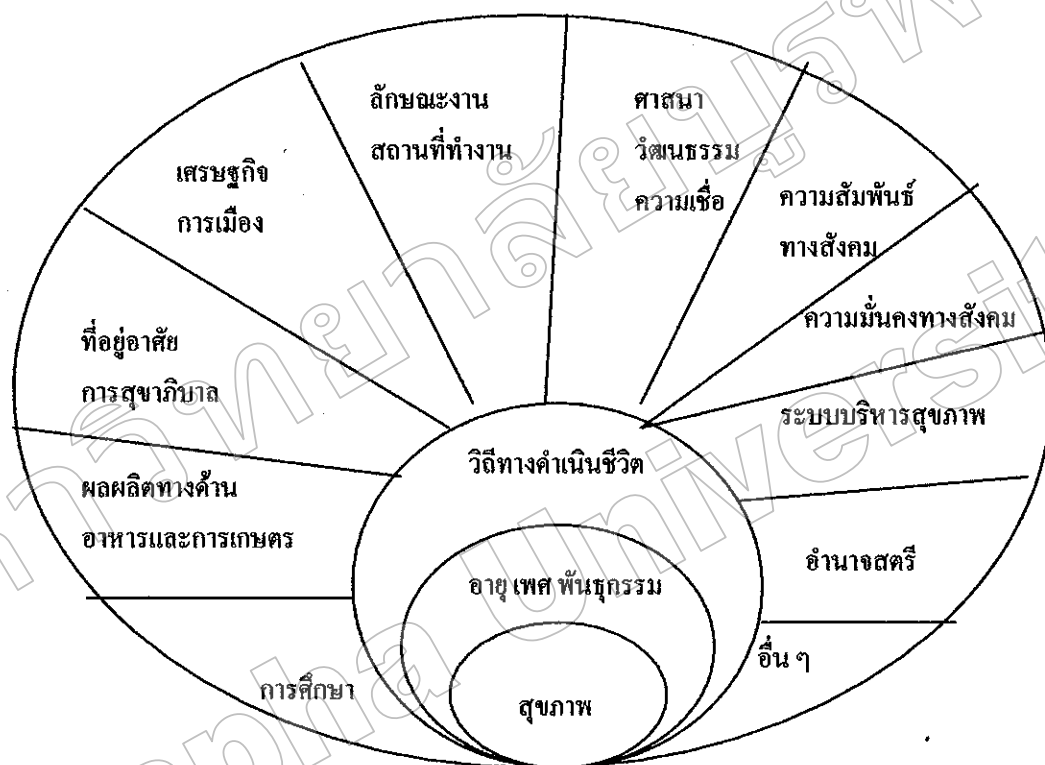
คน ประกอบด้วย กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ที่ทำงานประสานกันอยู่ตลอดเวลา คนเป็นระบบเปิดมีความต้องการพื้นฐาน มีพัฒนาการ มีสิทธิ มีความเป็นปัจเจกบุคคล มีศักยภาพในการดูแลตนเอง และคนต้องการดำรงภาวะสมดุลระหว่าง กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งทำงานประสานกันอยู่ตลอดเวลา เมื่อมีผลกระทบส่วนใดส่วนหนึ่งของคนก็จะมีผลกระทบต่อส่วนอื่นด้วย

สิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ ทางสังคม และทางเศรษฐกิจ คนและสิ่งแวดล้อมมีผลซึ่งกันและกัน สิ่งแวดล้อมแต่ละประเภทสามารถที่จะให้ประโยชน์และโทษแก่บุคคลได้เช่น อากาศที่บริสุทธิ์มีส่วนช่วยให้คนมีสุขภาพดีร่างกายแข็งแรง แต่อากาศที่มีก๊าซพิษอาจทำให้คนเสียชีวิตได้ ในทำนองเดียวกันคนก็มีส่วนที่ให้ประโยชน์และให้โทษแก่สิ่งแวดล้อมได้เช่น การปลูกต้นไม้ช่วยให้อากาศดี การทำลายต้นไม้ทำให้เกิดความแห้งแล้ง เป็นต้น นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เป็นนามธรรมไม่สามารถสัมผัสได้ ก็มีผลต่อบุคคลที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ เช่น ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม ประเพณี กฎหมาย และศาสนา เป็นต้น

สุขภาพ เป็นภาวะที่เกิดขึ้นกับบุคคล เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนและสิ่งแวดล้อม สุขภาพมีลักษณะที่ต่อเนื่องและเป็นพลวัต ภาวะสุขภาพอาจแบ่งได้เป็นภาวะสุขภาพที่สุขสมบูรณ์ หรือสุขภาพดี ภาวะสุขภาพที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและภาวะเจ็บป่วยซึ่งมีหลายระดับด้วยกัน ในขณะหนึ่งของชีวิตคนจะอยู่ในระดับหนึ่งของภาวะสุขภาพเสมอ โดยคนจะพยายามรักษา ภาวะสุขภาพดี และปรับสู่ภาวะสุขภาพดี (ศิริพร ชัมภลจิต, 2539) ซึ่งแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ให้ความหมายคำว่าสุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์และมีคุณภาพทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม สุขภาพจึงแยกไม่ได้จากวิถีชีวิตที่จะต้องดำเนิน ไปบนพื้นฐานของความถูกต้องพอดี โดยดำรงอยู่ใน

ครอบครัว ชุมชนและสังคมที่พัฒนาอย่างสมดุลทั้งทางด้านเศรษฐกิจสังคม การเมืองและสิ่งแวดล้อม

ดังนั้น คน สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ จึงมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และสิ่งแวดล้อมก็เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวม ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อม และสุขภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543, หน้า 104)

การพยาบาล หมายถึง ศาสตร์และศิลปะในการดูแลช่วยเหลือคนทุกคนทุกเพศ ทุกวัย ตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งสิ้นอายุขัย เพื่อให้คนดำรงภาวะสุขภาพที่ดีหรือช่วยให้คนปรับตัวต่อการเจ็บป่วยสู่ภาวะสุขภาพดี โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสภาพ ดังนั้นการพยาบาลจึงเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมซึ่งหมายถึง การดูแลสุขภาพของบุคคลที่มีบูรณาการของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความรู้ ความคิด ความเชื่อ ศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม สภาพสังคม เศรษฐกิจ สิทธิ เสรีภาพ รูปแบบการดำเนินชีวิตแตกต่างกันไปด้วยกลยุทธ์การผสมผสานการดูแลสุขภาพ ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น (Ottawa, 1988 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543, หน้า 104) บุคคลนั้นต้องมีความตระหนักในการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง ภายใต้การส่งเสริมและสนับสนุนของบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีเป้าหมายร่วมกันในการที่จะปรับปรุงสุขภาพของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

2. การดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (Health Maintenance) หรือการป้องกันโรคและการบาดเจ็บ (Prevention of Disease and Injury) หรือการป้องกันสุขภาพ (Health Protection) หมายถึง การกระทำเพื่อช่วยรักษาภาวะสุขภาพ เช่น การปลูกฝี ฉีดวัคซีน ป้องกันโรคและการป้องกันความเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่ป้องกันได้ เช่น การป้องกันอุบัติเหตุจากการจราจร อุบัติเหตุขณะปฏิบัติงานในอาชีพต่าง ๆ หรือการป้องกันอันตรายจากการได้รับสารพิษ การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เป็นต้น

3. การช่วยเหลือด้านการดูแลรักษาหมายถึง การช่วยเหลือให้ผู้ที่มีความเจ็บป่วยและผู้เกี่ยวข้องได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยน้อยที่สุด และสามารถที่จะกลับสู่ภาวะปกติโดยเร็ว โดยคำนึงถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับคนทั้งคนทั้งทางกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ การพยาบาลจึงมุ่งเน้นที่การพยายามป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นและแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นแล้ว เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ และเหมาะสม การช่วยเหลือให้ได้รับยาตามแผนการรักษา การให้คำปรึกษาเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว การเป็นที่ปรึกษาแก่ครอบครัวในการดูแลตัวผู้ป่วยและสร้างความอบอุ่นภายในครอบครัว

4. การซ่อมแซมสุขภาพ (Health Restoration) และการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) หมายถึง การช่วยเหลือเพื่อปรับปรุงสุขภาพของบุคคล หลังจากเกิดปัญหาการเจ็บป่วยให้คืนสู่สภาพปกติโดยเร็วและดำรงภาวะปกตินั้นไว้ได้ เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้ลุก นั่ง เดิน เพื่อให้ร่างกายปรับตัวสู่ภาวะปกติเร็วขึ้น การให้คำปรึกษาผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ ให้มีการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจและอารมณ์ที่เป็นปกติ การช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้มีปัญหาอื่น ๆ ให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด เป็นต้น

5. การสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน องค์การประชาชนและชุมชนด้านสุขภาพ (Empowerment) หมายถึง การให้ความรู้และสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรงในการดำรงชีวิต (กิน พักผ่อน ออกกำลังกาย) และดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย มีการประเมินบุคคล ครอบครัว ชุมชนโดยความร่วมมือเป็นเครือข่าย เพื่อทราบว่าพื้นที่มีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไร มีปัจจัยเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพต่าง ๆ อย่างไรรวมทั้งร่วมมือกับหน่วยงานอื่นในการวางแผนและดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน

จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิมีขอบเขตกว้างขวางครอบคลุมงานทุกด้าน การส่งเสริมให้บริการพยาบาลในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิมีความสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ดียิ่งขึ้น จำเป็นต้องกำหนดขอบเขตการบริการระดับปฐมภูมิให้ชัดเจนดังนี้ (สภาการพยาบาล, 2542)

1. การประเมินภาวะสุขภาพของประชาชน โดยการแยกกลุ่มคนที่ปกติ คนที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และกลุ่มคนพิการ เพื่อการจัดการบริการให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2. การจัดการกับสุขภาพและความเจ็บป่วย ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม และผสมผสานความรู้ทางด้านวิชาชีพกับภูมิปัญญาท้องถิ่น

2.1 ให้การรักษาพยาบาลกลุ่มที่เจ็บป่วย โดยสามารถตัดสินใจและจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างปลอดภัย ทั้งภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินและปกติดังนี้

2.1.1 ทำการตรวจวินิจฉัยรักษาและติดตามด้วยตนเองจนกระทั่งหายป่วย ในกรณีที่พยาบาลพิจารณาว่าสามารถจัดการด้วยตนเองทั้งหมด

2.1.2 ทำการตรวจวินิจฉัยปัญหา รักษาขั้นต้นและจัดการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ในกรณีที่การเจ็บป่วยนั้นพยาบาลพิจารณาว่าสามารถจัดการได้บางส่วน

2.1.3 ทำการวินิจฉัยปัญหาขั้นต้น แล้วจัดการส่งต่อเพื่อให้ได้การรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมในกรณีที่พยาบาลพิจารณาว่าไม่สามารถจัดการด้วยตนเองได้

2.2 ให้การส่งเสริมสุขภาพ

2.2.1 จัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่หลากหลายและสอดคล้องกับกลุ่มประชาชนและภาวะสุขภาพ

2.2.2 เป็นที่ปรึกษาให้การสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรม และส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มต่าง ๆ

2.2.3 ให้บริการวางแผนครอบครัวอย่างครอบคลุมทั่วถึง

2.2.4 จัดระบบการให้ข้อมูลข่าวสารกับสุขภาพและการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ให้การเฝ้าระวังการเกิดโรค เช่น การให้วัคซีน การป้องกันการเกิดโรคในชุมชน การเฝ้าระวัง และป้องกันการใช้สารเสพติดเป็นต้น

2.4 ให้คำปรึกษา แนะนำ สนับสนุนและส่งเสริมญาติและผู้ป่วยให้สามารถฟื้นฟูสุขภาพของตนเองในกรณีที่เจ็บป่วย หรือพิการ

2.5 ติดตามดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฝ้าระวังและดูแลให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

2.6 ประสานการดูแลบุคคล ครอบครัว ชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ และบุคคลที่เกี่ยวข้อง

3. สร้างศักยภาพของชุมชนให้สามารถดูแลตนเอง ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สามารถพึ่งตนเองได้โดยแลกเปลี่ยนและเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพและการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น

4. ส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการ โดยการให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงสิทธิของตนเองในเรื่องสุขภาพโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ เด็กด้อยโอกาส ผู้ยากไร้

5. จัดบริการให้เข้าถึงประชาชนทุกกลุ่ม โดยทั่วถึง

6. ส่งเสริมการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วย

7. จัดระบบการส่งต่อทางการบริการพยาบาล เพื่อให้ผู้ใช้บริการ ได้รับการบริการอย่างต่อเนื่อง

8. จัดระบบข้อมูล ปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของประชาชน การวางแผนดำเนินงาน ตลอดจนการศึกษา ค้นคว้าวิจัย

9. กำหนดนโยบาย แผนงานและกิจกรรม ในการบริหารการพยาบาลที่สอดคล้องกับแผนการบริการสุขภาพของชุมชน

10. ประเมิน ตรวจสอบและพัฒนาคุณภาพการบริการทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

11. สร้างและพัฒนาทีมงานในการให้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

12. ร่วมสร้างและประสานเครือข่ายทางการพยาบาลทั้งในด้านวิชาการ และการบริการสุขภาพกับบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเองและเพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับประกาศสภาการพยาบาลเรื่องมาตรฐานการบริการพยาบาล และผดุงครรภ์ ในระดับปฐมภูมิ (2548)

มาตรฐานที่ 5 การปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์

1. มีการประเมินและวินิจฉัยภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อนำมาวางแผนการดำเนินการ การประเมินผล การปฏิบัติการตามขอบเขตการบริการที่ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากรในชุมชน

2. การติดตามผู้ป่วยและประชากรที่ต้องการการดูแลและการพยาบาลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และการส่งต่อ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ มารดาและทารก การดูแล ประคับประคอง การดูแลครอบครัวในภาวะวิกฤต เป็นต้น

3. การรักษาโรคเบื้องต้น

4. การบรรเทาอาการการถูกล่ามของโรค และการปฐมพยาบาล

5. การรับและส่งต่อ และการเยี่ยมบ้าน

6. การตรวจและรับฝากครรภ์ การทำคลอด การให้บริการสุขภาพเด็กดี การให้ภูมิคุ้มกันโรค การวางแผนครอบครัว การให้การดูแลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดและครอบครัว

7. การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษา การให้ความรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองและผู้ป่วยในบ้าน

8. การเชื่อมประสานแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ให้เกิดการจัดการเรื่องสุขภาพของชุมชนได้

9. การคัดกรองสุขภาพ ตามกลุ่มอายุและปัญหาสุขภาพและภาวะคุกคามในท้องถิ่น และตามนโยบายของประเทศ

10. การเฝ้าระวังการเกิดโรคและความเจ็บป่วยและภาวะคุกคามต่อสุขภาพประชาชนในพื้นที่

11. การเสริมพลังกลุ่มเสี่ยง การสร้างกลุ่มสุขภาพในพื้นที่เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ โดยการจัดกระบวนการให้เกิดกลุ่มช่วยเหลือกัน ได้แก่ กลุ่มผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง วัยรุ่น สตรี ผู้สูงอายุ เด็กให้สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพได้

12. งานอื่น ๆ ตามความจำเป็นของชุมชน

มาตรฐานที่ 7 การให้บริการพยาบาลที่บ้าน

1. เยี่ยมบ้านเพื่อประเมินและวินิจฉัยสภาพ ศักยภาพของครอบครัวและสิ่งแวดล้อม

2. วางแผนและให้การพยาบาลที่บ้านที่สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการและศักยภาพของครอบครัวที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น การบรรเทาอาการ การฟื้นฟูและการดูแลให้การพยาบาลที่ต่อเนื่อง รวมทั้งการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต

3. ประเมินผลและปรับแผนเพื่อให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการครอบครัวอย่างทันทั่วทั้งที่และต่อเนื่อง

4. จัดการส่งต่อเพื่อการรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสม

5. ประสานงานดูแลกับทีมสุขภาพ เพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือที่ครอบคลุมทุกด้าน

6. สร้างเสริมศักยภาพของครอบครัวให้สามารถดูแลสุขภาพและช่วยเหลือกันเองได้

สภาการพยาบาลได้ศึกษาการปฏิบัติงานของพยาบาล พบว่าในสถานบริการสุขภาพระดับที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุดคือ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ พยาบาลเป็นบุคลากรหลักที่ปฏิบัติงานในการตรวจรักษาเบื้องต้น ส่งเสริมและให้คำแนะนำด้านสุขภาพ รวมทั้งการควบคุมการระบาดของโรคในชุมชน (สภาการพยาบาล, 2542) สอดคล้องกับงานวิจัยหลายชิ้นที่ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลมีศักยภาพ ในการเป็นกลไกสำคัญในการสร้างระบบบริการสุขภาพภายใต้บริบทของระบบ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยปิดช่องว่างที่หน่วยบริการหลายแห่งกำลังประสบปัญหาในการจัดบริการ อยู่ในขณะนี้ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2547) สำหรับในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ยุโรป สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย แอฟริกาใต้ ญี่ปุ่น พบว่าพยาบาลสามารถให้บริการได้พอ ๆ กับแพทย์ กล่าวคือ ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องการรักษา การกลับมาตรวจซ้ำ การส่งต่อและสถานะสุขภาพ แต่พยาบาลมีจุดเด่นกว่าคือ มีเวลาตรวจและพูดคุยนานกว่าแพทย์ และผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ในการตรวจรักษากับพยาบาลมากกว่า ผลการศึกษานี้ยืนยันว่า หากมีการฝึกอบรมและการจัดการที่เหมาะสม พยาบาลสามารถให้การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิได้อย่างมีคุณภาพเท่าเทียมกับแพทย์ได้ แม้แต่ในประเทศสหรัฐอเมริกาก็ได้มีการส่งเสริมสนับสนุนให้พยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการปฐมภูมิ โดยมีการจัดหลักสูตรพยาบาลวิชาชีพได้ถึงระดับปริญญาโทและเอกและมอบหมายให้พยาบาลเหล่านี้ปฏิบัติงานอยู่ตามชุมชน (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2545)

สรุปได้ว่า การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เป็นการให้บริการสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ดำรงภาวะสุขภาพที่ดี หรือช่วยให้ปรับตัวต่อการเจ็บป่วยสู่ภาวะสุขภาพดีอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง โดยครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการฟื้นฟูสภาพและด้านการสนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน

แนวคิด PRECEDE Framework

PRECEDE Framework หรือ PRECEDE Model เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย (Multiple Causality Assumption) มีสมมติฐานว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายปัจจัย และการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นั้นต้องวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมเสียก่อน โดยอาศัยกระบวนการและวิธีการต่าง ๆ ร่วมกัน เพื่อวางแผนและกำหนดกลวิธีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพคำว่า PRECEDE ย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation ซึ่งหมายถึง กระบวนการใช้ปัจจัยหลักหรือปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ในการวินิจฉัยและประเมินผลการดำเนินงานสุขภาพศึกษาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

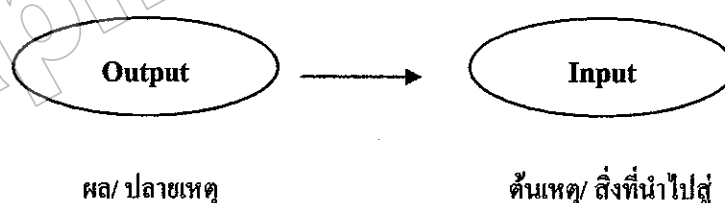
PRECEDE Framework พัฒนาโดย Lawrence W. Green ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อนำมาใช้ ในการประเมินผล โครงการสุขภาพ ซึ่งเป็นที่ตระหนักกันดีว่าข้อจำกัดของการดำเนินงานสุขภาพ คือ การขาดการวางแผน และการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ กล่าวคือ การวางแผนส่วนใหญ่ มักจะเป็นลักษณะของแผนกิจกรรมหรือแผนการปฏิบัติงาน ส่วนการประเมินผลก็มักจะเน้น

การประเมินกิจกรรมหรือประเมินปัจจัยนำเข้าเป็นหลัก ซึ่งทำให้ไม่สามารถจะปรับปรุงหรือพัฒนาการดำเนินงานสุขศึกษาให้บรรลุได้อย่างแท้จริง ปัญหาดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้งานสุขศึกษาไม่เป็นที่ยอมรับกันเท่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำมาใช้ ในกระบวนการพัฒนาสุขภาพ และแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ตลอดจนปัญหาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ต่อมา Green และคณะผู้ร่วมงานในมหาวิทยาลัย JOHN HOPKINS (Green et al., 1980) ได้พัฒนา PRECEDE Framework สำหรับนำมาใช้ในการวินิจฉัยและประเมินผลโครงการ สุขศึกษาและ โครงการส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ (Mullen et al., 1987)

การใช้ PRECEDE Framework เป็นกระบวนการวิเคราะห์ดำเนินงานในลักษณะของการเริ่มต้นจากเป้าหมายหรือสภาพการณ์ของปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นพิจารณาย้อนกลับไปยังสาเหตุว่า เป็นเพราะอะไร ทำไมหรือมีสาเหตุมาจากอะไร กล่าวคือเป็นกระบวนการที่วิเคราะห์ย้อนกลับว่าสิ่งที่เป็นอย่างนั้นได้มีองค์ประกอบหรือปัจจัยนำเข้าอะไรบ้างที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ หรือสภาพดังปรากฏ แล้วจึงนำข้อมูลเหล่านี้มาใช้ในการวางแผนเพื่อดำเนินการแก้ไขพฤติกรรมให้ถูกต้องต่อไป

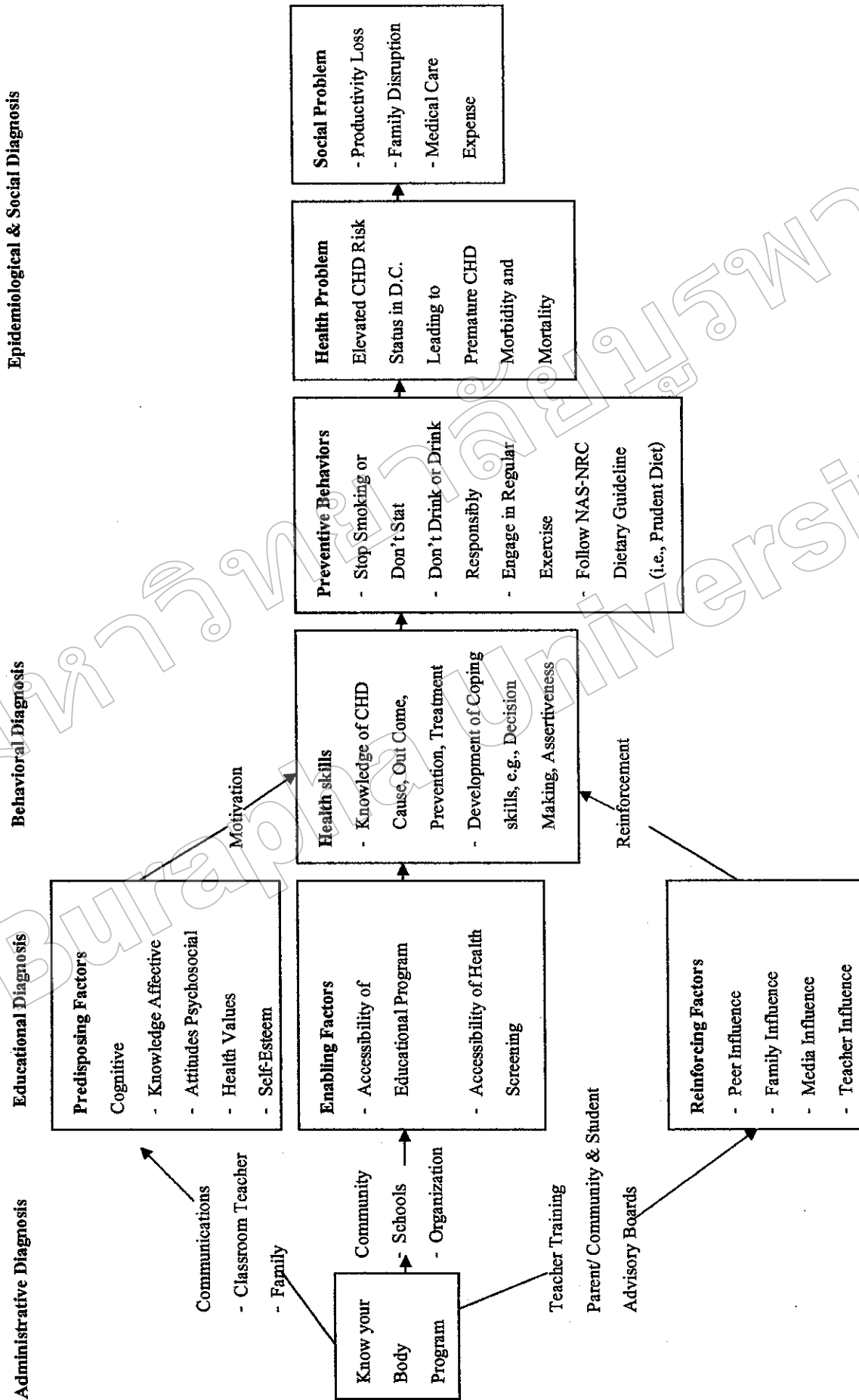
ขั้นตอนและกระบวนการของกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE

ดังที่ได้กล่าวข้างต้น การดำเนินงานตามกระบวนการของ PRECEDE Framework นับเป็นการเริ่มจากผล (Output) ได้แก่ สถานะสุขภาพย้อนกลับไปที่เหตุ (Input) ได้แก่ปัจจัย หรือสาเหตุของปัญหาสุขภาพ (ดังรูป)

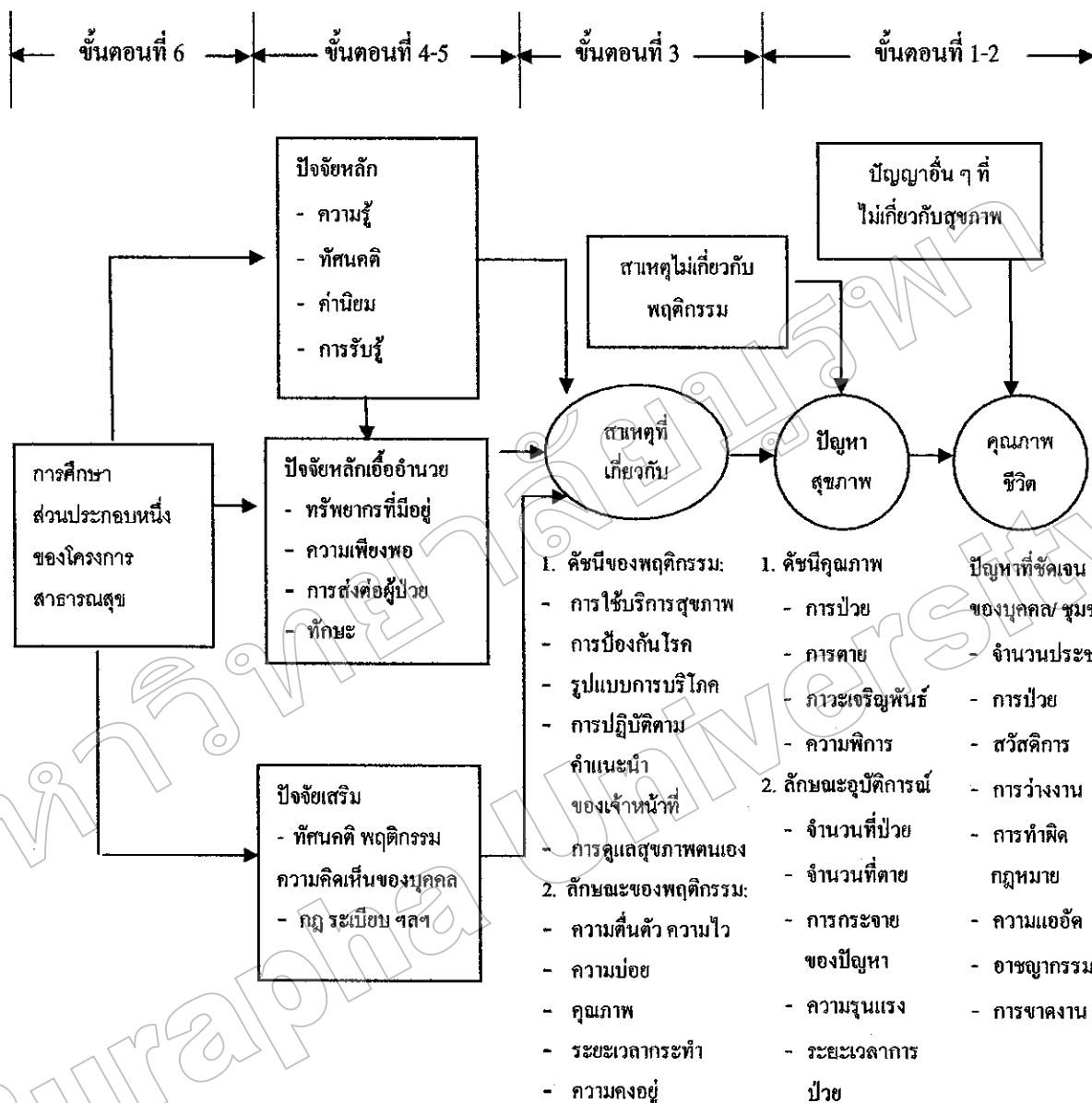


ภาพที่ 4 การดำเนินงานตามกระบวนการของ PRECEDE Framework

กรอบแนวความคิดเกี่ยวกับ PRECEDE สามารถนำไปใช้ในโครงการสาธารณสุขต่าง ๆ เพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพตามกระบวนการที่กำหนด 7 ขั้นตอน โดยเริ่มต้นจากการวินิจฉัยคุณภาพชีวิต ปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่เป็นเหตุของพฤติกรรมสุขภาพก่อน จากนั้นจึงมาพิจารณาวางแผนโครงการ โดยเลือกกลวิธีที่เหมาะสม พร้อมทั้งพิจารณาป้องกันและแก้ไขปัญหายุบสรรคทางด้านการบริหารที่จะเกิดขึ้น และสุดท้ายต้องมีการประเมินผล การดำเนินงานโครงการเป็นระยะ ๆ ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้แต่ละขั้นตอน ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 แสดงการประยุกต์กรอบแนวคิด PRECEDE Framework เพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาในเด็กวัยรุ่น (Green & Ottosom, 1999, p. 655)



ภาพที่ 6 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE (Green et al., 1980, pp. 14-15)

ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัยทางสังคม (Social Diagnosis)

เป็นการดำเนินงานขั้นแรกของกระบวนการสุขภาพศึกษาตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการวางแผนสุขภาพศึกษา ในขั้นนี้เน้นการพิจารณาและวิเคราะห์คุณภาพชีวิต โดยการประเมินปัญหาต่าง ๆ ของกลุ่มประชากรหรือชุมชนว่าลักษณะและปัญหาของชุมชนที่เป็นเป้าหมายของการดำเนินการเป็นอย่างไร ปัญหาต่าง ๆ ที่มีมาแต่ในอดีต ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตเป็นไปในลักษณะใด มีขอบเขตและความรุนแรงของปัญหา

แค่ไหน ปัญหาเหล่านั้นมีความเกี่ยวพันซึ่งกันและกันอย่างไรบ้าง ซึ่งปัญหาต่าง ๆ ที่ประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตของประชากร ทั้งนี้เนื่องจากสุขภาพกับสังคมและคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กันอย่างมากในลักษณะ 2 ทิศทางคือ ปัญหาสุขภาพมีผลกระทบโดยตรงต่อปัญหาสังคมและคุณภาพชีวิต ในขณะที่ เดียวกันคุณภาพชีวิตและสังคมก็มีผลต่อสุขภาพ ดังนั้นปัญหาต่าง ๆ ที่ประเมิน ได้ย่อมมีผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาสุขภาพ

การวินิจฉัยสังคมมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ 6 ประการคือ

1. เพื่อวิเคราะห์หาสิ่งที่เกี่ยวข้องหรือเป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตในประชากรเป้าหมาย
2. เพื่อวิเคราะห์และทำความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่ปรากฏอยู่ในสังคมโดยใช้ข้อมูลที่มีอยู่ และข้อมูลที่ศึกษาโดยวิธีการต่าง ๆ
3. เพื่อกำหนดภาวะของปัญหาสังคมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
4. เพื่อหาเหตุผล โดยละเอียดสำหรับชี้ชัดให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาที่ได้วิเคราะห์แล้ว
5. เพื่อหาเหตุผลที่เพียงพอสำหรับการดำเนินงานสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวนั้น ๆ
6. เพื่อหาเหตุผลที่ชัดเจนสำหรับใช้เป็นพื้นฐานสำหรับการประเมิน โครงการในเชิงเศรษฐกิจ

เศรษฐกิจ

การวินิจฉัยสังคมสามารถจะกระทำได้ในหลายลักษณะด้วยกัน เช่น โดยการศึกษาวิเคราะห์จากข้อมูลและเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นไปและปัญหาสังคมของกลุ่มเป้าหมายที่สามารถจะหาได้จากแหล่งต่าง ๆ หรือจากการสำรวจชุมชนโดยตรง นอกจากนี้ยังสามารถวิเคราะห์ได้จากการใช้เทคนิคต่าง ๆ ด้วย

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาด (Epidemiological Diagnosis)

เป็นการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพหรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคมหรือมีผลกระทบมาจากปัญหาสังคมว่ามีปัญหาสุขภาพ หรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอะไรบ้างที่เป็นปัญหาสำคัญของสังคม หรือกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยอาศัยข้อมูลที่มีอยู่แล้วทางวิทยาการระบาด หรือข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมขึ้นใหม่โดยวิธีการต่าง ๆ และวิเคราะห์ตามหลักการทางด้านวิทยาการระบาด ข้อมูลทางด้านวิทยาการระบาดจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรค และภาวะสุขภาพความชุกชุมของโรค หรือการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ การกระจายของการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ (วิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคล สถานที่และเวลา) ตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและการกระจายในลักษณะที่เป็นอยู่ (วิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคล สิ่งที่ทำให้เกิดโรคและสภาพแวดล้อม) การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจะช่วยให้จัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อประโยชน์ในการวางแผนดำเนินงานและการกำหนดวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานได้อย่างเหมาะสม

โดยทั่วไปแล้วในแต่ละสังคมหรือในแต่ละกลุ่มเป้าหมายย่อมจะมีปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจและปัจจัยอื่น ๆ ที่ขึ้นอยู่กับ การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ โดยละเอียดจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงานดังนี้

1. ทำให้ทราบถึงความสัมพันธ์โดยแนชัดระหว่างปัญหาสุขภาพกับภาวะสุขภาพอื่น ๆ และคุณภาพชีวิต
2. ทำให้เข้าใจถึงทิศทางของปัญหาสุขภาพ ซึ่งจะ เป็นพื้นฐานสำหรับการกำหนดลำดับความสำคัญของปัญหา และเป็นแนวทางสำหรับการดำเนินงานสุขภาพศึกษาในโอกาสต่อไป
3. ช่วยให้สามารถกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบของบุคลากรและหน่วยงานต่าง ๆ ได้อย่างชัดเจนในกระบวนการแก้ไขปัญหาสุขภาพ

ในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพนั้น ถ้าหากว่ามีปัญหาสุขภาพหลายปัญหาก็กจำเป็นจะต้องจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ ได้มีหลักเกณฑ์และแนวทางการพิจารณาดังนี้

1. พิจารณาว่าปัญหาใดบ้างที่มีผลกระทบต่อประชากรหรือสังคมมากที่สุด ในแง่ของการสูญเสียชีวิต การสูญเสียจากการหยุดทำงาน ค่าใช้จ่ายในการฟักฟื้น ความพิการที่เกิดขึ้น ทั้งชั่วคราวและถาวร ปัญหาความยุ่งยากภายในครอบครัวและค่าใช้จ่ายที่ชุมชนหรือหน่วยงานต่าง ๆ จะต้องใช้ในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น
2. ปัญหาใดบ้างที่เป็นอันตรายต่อกลุ่มประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเป็นพิเศษเช่น เด็ก หรือแม่
3. ปัญหาใดที่มีเทคโนโลยีในการแก้ไขปัญหมาแล้ว และมีหน่วยงานต่าง ๆ รับผิดชอบ และสามารถดำเนินการแก้ไขได้
4. ปัญหาใดบ้างที่ยังไม่มีหน่วยงานใดดำเนินการแก้ไขและมีความจำเป็นหรือเหตุผลอะไรที่ไม่ได้รับการดำเนินการแก้ไข
5. ปัญหาใดบ้างเป็นที่สนใจของหน่วยงานที่จะดำเนินงานแล้วส่งผลให้เห็นได้อย่างชัดเจนในแง่ของการทำให้สุขภาพดีขึ้น มีผลต่อเศรษฐกิจ หรือผลประโยชน์ของชุมชนโดยตรง
6. มีปัญหาใดบ้างที่จัดว่าเป็นปัญหาสำคัญของภูมิภาคและของประเทศที่กำลังได้รับการดำเนินการแก้ไขปัญหายู่ในปัจจุบัน

สรุปได้ว่าการวินิจฉัยทางวิทยาการระบาด หรือการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ เป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคมนั่นเอง บุคลากรสาธารณสุขส่วนมากมักไม่ได้เกี่ยวข้องหรือดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยตรง แต่จะวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพแต่ละปัญหากับปัญหาสังคมและคุณภาพชีวิต การวิเคราะห์

ปัญหาสุขภาพอย่างละเอียดจะเป็นพื้นฐานสำหรับการวิเคราะห์พฤติกรรมของกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE ในลำดับต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การวินิจฉัยทางพฤติกรรม (Behavioral Diagnosis)

เป็นการวิเคราะห์หาพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 ปัญหาสุขภาพประกอบด้วย ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง หรือมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมของบุคคลและปัญหาสุขภาพที่มีได้เกี่ยวข้องหรือมีได้มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมของบุคคล ในขั้นตอนนี้จะทำการวิเคราะห์ว่าปัญหาสุขภาพอะไรบ้างที่มีพฤติกรรมของบุคคลเป็นองค์ประกอบของปัญหา ไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม บทบาทของพฤติกรรมของบุคคลในการทำให้เกิดปัญหานั้น ๆ เป็นไปในลักษณะใด มากน้อยแค่ไหน และมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบอื่น ๆ ในปัญหาเดียวกันหรือในปัญหาอื่น ๆ อย่างไร ดังนั้นพฤติกรรมที่วิเคราะห์ได้ในขั้นตอนนี้เป็นเป้าหมายสำคัญในการดำเนินงานสุขภาพศึกษาที่จะต้องได้รับการเปลี่ยนแปลง โดยกำหนดแนวทางและวิธีการเปลี่ยนแปลงได้ตามวัตถุประสงค์ โดยเฉพาะวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่กำหนดจะเป็นแนวทางสำคัญที่จะทำให้วัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการบรรลุผลได้

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการวินิจฉัยพฤติกรรมในขั้นตอนนี้จะมุ่งเน้นไปที่พฤติกรรม แต่ก็ควรจะได้พิจารณาถึงสาเหตุต่าง ๆ ที่ไม่ได้เป็นพฤติกรรมควบคู่กันไปด้วย การวิเคราะห์พฤติกรรมที่สำคัญมี 5 ขั้นตอนด้วยกันดังนี้

1. จำแนกปัญหาสุขภาพระหว่างปัญหาที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรม และปัญหาที่มีได้มีสาเหตุมาจากพฤติกรรม
2. ดำรวจพฤติกรรมภายหลังจากที่ได้จำแนกปัญหาสุขภาพทั้ง 2 ประเภทออกจากกันแล้ว โดยทำการวิเคราะห์ในแต่ละปัญหาว่ามีพฤติกรรมอะไรบ้างที่เป็นปัจจัยของปัญหา
3. จัดลำดับความสำคัญของพฤติกรรม โดยวิเคราะห์จากพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยของปัญหาว่าพฤติกรรมใดมีความสำคัญมากหรือน้อยกว่ากันอย่างไรบ้าง กล่าวคือ พฤติกรรมหรือการกระทำต่าง ๆ นั้นมีผลต่อการทำให้เกิดปัญหาแตกต่างกันอย่างไรและเพียงใด
4. จัดลำดับพฤติกรรมตามสภาพของการเปลี่ยนแปลง โดยการวิเคราะห์ดูว่าพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ได้จัดลำดับความสำคัญไว้แล้วนั้น สามารถจะเปลี่ยนแปลงได้ง่ายหรือยากเพียงใด และโดยวิธีการอย่างไร

5. เลือกพฤติกรรมเป้าหมาย โดยพิจารณาจากรายการพฤติกรรมที่ได้จัดจำแนกตามความสำคัญและความสามารถในการเปลี่ยนแปลง โดยให้ความสำคัญกับพฤติกรรมที่มีความสำคัญ และสามารถจะเปลี่ยนแปลงได้มากที่สุดเป็นเป้าหมายหลักของการดำเนินงาน เป้าหมายรองลงไปได้แก่พฤติกรรมที่มีความสำคัญ แต่เปลี่ยนแปลงได้ยาก และพฤติกรรมที่มีความสำคัญในลำดับ

รองลงไปแต่เปลี่ยนแปลงได้ง่ายตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 4 การวินิจฉัยทางการศึกษา (Educational Diagnosis)

เป็นการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ หรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในกระบวนการสุขภาพที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นจุดอ่อนของงานสุขภาพที่ผ่านมาทั้งในอดีตและปัจจุบันตามหลักพฤติกรรมศาสตร์นั้น พฤติกรรมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้จะต้องมีปัจจัยต่าง ๆ หลายประการ ซึ่งสามารถจำแนกออกได้เป็น 3 ลักษณะด้วยกัน คือ

1. **ปัจจัยนำ (Predisposing Factors)** เป็นปัจจัยที่ช่วยในการสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นในตัวบุคคล ปัจจัยนำนี้เป็นปัจจัยในตัวบุคคลได้รวมเอาสภาพการณ์ของแต่ละบุคคล ในด้านความรู้ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยมและการรับรู้ทางสุขภาพ ที่สัมพันธ์กันกับแรงจูงใจภายในหรือกลุ่มคนที่นำไปสู่การกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ปัจจัยประเภทนี้เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งส่วนใหญ่แล้วมักจะได้รับการให้ความรู้ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและการสร้างค่านิยมที่บุคคลได้รับทั้งในทางตรงและทางอ้อม หรือจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง ปัจจัยดังกล่าวนี้อาจจะช่วยเหลือขัดขวางยับยั้งการเกิดหรือการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมก็ได้แล้วแต่ระดับ และทิศทางของปัจจัย

โดยทั่วไปแล้วการเพิ่มความรู้ไม่จำเป็นจะต้องทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป เพียงแต่พบว่าความรู้และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กันเท่านั้น แม้ว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการปฏิบัติด้านสุขภาพของบุคคล แต่ต้องอาศัยปัจจัยอื่น ๆ อีกมากที่มีอิทธิพลมากพอต่อการเกิดแรงจูงใจของบุคคลที่จะใช้ความรู้ที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจประพฤติปฏิบัติหรือกระทำการต่าง ๆ ได้กล่าวโดยสรุปก็คือ ความรู้เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพแต่ความรู้อย่างเดียวยังไม่เป็นการเพียงพอสำหรับที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้น โดยทั่วไปแล้วได้รวมเอาความไม่เชื่อในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพเอาไว้ด้วย ความเชื่อมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเป็นอย่างมากโดยจะเห็นได้จากแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพซึ่ง Hochbaum, Rosenstock, Leventhal, Kegeles, Kirscht and Becker ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับความเชื่อของสุขภาพ และพยากรณ์หรือคาดหมายพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่งจากแบบแผนความเชื่อของบุคคลนั้น ๆ

ค่านิยมด้านสุขภาพและค่านิยมในด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หรือมีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลเป็นส่วนสำคัญของพฤติกรรมในบุคคลใดก็ตามถ้าค่านิยมต่าง ๆ สอดคล้องกัน

ก็จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสูง แต่ถ้ามีการขัดแย้งกันของค่านิยมต่าง ๆ ก็มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมต่ำ ดังนั้นในการดำเนินงานสุขภาพจึงจำเป็นต้องพิจารณาหาวิธีการที่เหมาะสมที่จะสร้างค่านิยมทางสุขภาพ หรือลดความขัดแย้งกันระหว่างค่านิยมทางสุขภาพกับค่านิยมในด้านอื่น ๆ ให้มากที่สุด

ทัศนคติหรือเจตคติหมายถึง แนวโน้มของจิตใจความรู้สึกที่คงที่ ที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด บุคคลหนึ่งบุคคลใดหรือสถานการณ์หนึ่งสถานการณ์ใดเป็นผลมาจากประสบการณ์และความเชื่อที่สะสมกันมาและผ่านการประเมินคุณค่าในลักษณะของดีหรือไม่ดีโดยบุคคลนั้น ๆ แล้ว ทัศนคติทางสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในลักษณะของความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยมีการประเมินคุณค่าในเรื่องนั้น ๆ ด้วย ถ้าทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดเป็นไปในทิศทางใด พฤติกรรมหรือการกระทำจะเป็นไปในทิศทางนั้น

2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) เป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้ง ให้เกิด ไม่ให้เกิด พฤติกรรม พฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีการสนับสนุนด้านต่าง ๆ (ไม่ใช่ปัจจัยด้านบุคคล) ดังต่อไปนี้ คือ

2.1 ทักษะในการกระทำนั้น ๆ ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการแสดงพฤติกรรมที่ต้องการ การที่บุคคลจะเกิดการเรียนรู้ในการกระทำต่าง ๆ ต้องอาศัยประสบการณ์และมีทักษะทางสุขภาพที่มากพอที่จะเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ขึ้นได้

2.2 แหล่งทรัพยากร มีบริการ อุปกรณ์ตลอดจนสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นส่วนประกอบของพฤติกรรมอยู่อย่างเพียงพอหาได้ง่าย

2.3 ความสามารถเข้าถึงบริการหรือทรัพยากร เช่น ค่าใช้จ่าย การเดินทาง ระยะทาง การเสียเวลา การยอมรับ

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) เป็นการเสริมหรือแรงกระตุ้นให้กระทำเป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากคนหรือบุคคล หรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น ในเรื่องการยอมรับหรือไม่ยอมรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น

3.1 สถานศึกษา ได้แก่ เพื่อน นักเรียน ครู บุคลากรอื่นในโรงเรียน พ่อ แม่ ผู้ปกครอง บุคคลอื่นในครอบครัว

3.2 ชุมชน ได้แก่ เพื่อนบ้าน บุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข กลุ่มอ้างอิง

3.3 สถานพยาบาล ได้แก่ เพื่อนผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล บุคลากรอื่น

ปัจจัยเสริมส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของการกระตุ้นเตือน การยกย่องชมเชย การให้กำลังใจ การเอาเป็นแบบอย่าง การดำหนิเตือน การลงโทษ เป็นต้น ด้วยเหตุนี้การวางแผนการดำเนินงานจึงต้องพิจารณาวิเคราะห์ และใช้กลวิธีการสร้างหรือปรับปรุงเปลี่ยนแปลงปัจจัยเสริมให้เสริมแรงจูงใจของบุคคลให้เกิดการกระทำหรือเกิดพฤติกรรมเป็นอย่างมาก

การดำเนินงานตามขั้นตอนการวินิจฉัยทางการศึกษาคือ การพิจารณาว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยส่งเสริมนั้น มีปัจจัยเฉพาะอะไรบ้าง ที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่ต้องการได้ ถ้ามีการปรับปรุงแก้ไขหรือปรับปรุงเสียใหม่ให้เหมาะสม จึงลำดับความสำคัญของปัจจัย จัดกลุ่มปัจจัยและความยากง่ายของการเปลี่ยนแปลงปัจจัยต่าง ๆ เหล่านั้น จะทำให้การวางแผนในขั้นต่อไปเหมาะสมยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 การวิเคราะห์เลือกกลวิธีทางการศึกษา

เมื่อได้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ของกระบวนการสุศึกษาแล้วก็จะทราบได้ว่าจะต้องมีปัจจัยต่าง ๆ อะไรบ้างมากน้อยแค่ไหน และในลักษณะใด จึงจะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพได้พร้อมกันนั้นก็ทำการวิเคราะห์ถึงแนวทาง และกระบวนการที่จะใช้ในการสร้างปัจจัยหรือเปลี่ยนแปลง ปัจจัยตามกระบวนการดำเนินงานสุศึกษา เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงปัจจัยแต่ละอย่างต้องใช้กลวิธีที่แตกต่างกันออกไป และในบางกรณีอาจจำเป็นต้องใช้กลวิธีในรูปแบบต่าง ๆ ผสมผสานกัน ดังนั้นการพิจารณาเลือกวิธีการทางสุศึกษาที่ดีและเหมาะสมที่จะสามารถไปมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมตามที่ต้องการเป็นสิ่งจำเป็น ตามแนวคิดการดำเนินงานสุศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าขอบเขตของสุศึกษามีใช่แต่เพียง การให้หรือการเผยแพร่ความรู้เท่านั้น แต่เป็นกระบวนการที่ครอบคลุมไปถึงการสร้างปัจจัยสนับสนุน และการพัฒนาปัจจัยสร้างเสริมด้วย จึงจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ตามกระบวนการสุศึกษาได้อย่างแท้จริง

ขั้นตอนที่ 6 การวินิจฉัยทางการบริหาร (Administrative Diagnosis)

เป็นขบวนการบริหารจัดการโครงสร้างด้านสุขภาพ วิเคราะห์ประเมินปัญหา ด้านการบริหารจัดการ ด้านงบประมาณและปัจจัยต่าง ๆ ที่จะมีผลกระทบต่อการดำเนินโครงการ ขั้นตอนการวินิจฉัยทางการบริหารนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการ ให้เหลือน้อยที่สุด และเพื่อส่งเสริมให้โครงการประสบผลสำเร็จ และมีผลกระทบในด้านดีให้มากที่สุด

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผลการดำเนินงาน (Evaluation)

การประเมินผลการดำเนินงานเป็นกระบวนการ ซึ่งแทรกอยู่ตามระยะต่าง ๆ ในกรอบแนวคิด PRECEDE มิได้เป็นขั้นตอนสุดท้าย เป็นส่วนของการดำเนินงานที่ผสมผสานอยู่ใน การดำเนินงานตั้งแต่เริ่มวางแผน โดยกำหนดเป็นวัตถุประสงค์ของการประเมินในแต่ละขั้นตอนไว้ตั้งแต่แรกและต่อเนื่อง นั่นคือการประเมินผลการดำเนินงานของกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE เป็นการประเมินผลทุกระยะ

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพมีสาเหตุมาจากปัจจัยต่าง ๆ หลายปัจจัยรวมกัน มิใช่เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดยเฉพาะเท่านั้น ดังนั้นการดำเนินงานเพื่อที่จะให้มีผลต่อพฤติกรรมอย่างแท้จริงต้องอาศัยกระบวนการ และวิธีการต่าง ๆ ร่วมกัน ซึ่งในกระบวนการของกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE ได้ผสมผสานวิทยาการในสาขาต่าง ๆ รวม 4 สาขาอย่างเหมาะสมคือ สาขาวิทยาการระบาดทางสังคม หรือพฤติกรรมศาสตร์ทางการบริหารและทางการศึกษา ซึ่งในการนำไปใช้ผู้ใช้งานจะต้องมีพื้นฐานความรู้ในวิทยาการสาขาต่าง ๆ เป็นอย่างดี

ข้อดีและข้อจำกัดกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE

ข้อดี

1. กระบวนการตามขั้นตอนทั้ง 7 เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยแบบย้อนกลับ ทำให้มองเห็นจุดเริ่มต้นขั้นตอนต่าง ๆ ตลอดจนความสัมพันธ์ในแต่ละขั้นตอน ซึ่งจะเป็นแนวทางการวิเคราะห์อย่างมีระบบตามลำดับขั้น
2. เป็นกรอบแนวคิดที่ผสมผสานความรู้สาขาต่าง ๆ (Integrated Development) ซึ่งแนวคิดดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรม เนื่องจากพฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุจากหลายปัจจัย (Multiple Factors) ดังนั้นในการดำเนินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจำเป็นต้องมีการดำเนินการในหลาย ๆ ด้าน ประกอบกัน
3. การวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมที่จำแนกออกเป็นปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม
 - 3.1 ทำให้สามารถวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมได้ครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในและภายนอกบุคคล การกำหนดกลวิธีในการแก้ไขจึงสามารถกำหนดได้ครอบคลุมปัจจัยสาเหตุทั้งหมด มิใช่เป็นเพียงการเน้นการให้ความรู้ เพื่อแก้ไขเฉพาะปัจจัยนำที่นิยมทำกันในอดีต แต่ได้ให้ความสนใจในการฝึกทักษะ การจัดสภาพแวดล้อมและทรัพยากรที่เอื้อต่อการปฏิบัติ รวมทั้งจัดให้มีปัจจัยส่งเสริมที่ช่วยสนับสนุน และกระตุ้นให้บุคคลเกิดการปฏิบัตินั้น ๆ อย่างต่อเนื่อง
 - 3.2 ปัจจัยเอื้ออำนวยการ กรอบแนวคิด PRECEDE ได้ครอบคลุมการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ทั้งทางทักษะแหล่งทรัพยากร และความสามารถเข้าถึงได้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จะเน้นเฉพาะการรับรู้ต่ออุปสรรคเป็นสำคัญ
 - 3.3 ปัจจัยเสริมในกรอบแนวคิด PRECEDE ช่วยในการอธิบายพฤติกรรม การเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีข้อจำกัดในการทำนายพฤติกรรม

ข้อจำกัด

1. เป็นกรอบแนวคิดประเภท Diagnosis Model สำหรับวิเคราะห์หาสาเหตุ ไม่ใช่รูปแบบของ Intervention Model ไม่ได้บอกวิธีการแก้ปัญหาจะต้องดำเนินการวางแผนตามข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ไว้

2. เป็นกรอบแนวคิดสำหรับการวิเคราะห์หาสาเหตุปัญหาสุขภาพโดยจำกัดเฉพาะสาเหตุทางพฤติกรรมเท่านั้น

3. จำนวนตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์มาก เป็นปัญหาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งต้องใช้คำถามมากเกินไป ทำให้ผู้ตอบไม่ให้ความร่วมมือ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้บูรณาการแนวคิดบางส่วนของ PRECEDC Framework และมาตรฐานการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ มาเป็นกรอบแนวคิด กล่าวคือการปฏิบัติงานของพยาบาลได้ศึกษาตามมาตรฐานการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิทั้ง 5 ด้าน คือด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการฟื้นฟูสภาพและด้านส่งเสริมการพึ่งตนเองของประชาชน ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดบางส่วนของกรอบแนวคิด PRECEDE Framework มาประยุกต์ใช้ ดังนี้

1. ปัจจัยนำหรือปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ทศนคติตอนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการรับรู้บทบาทหน้าที่ด้านบริการพยาบาล

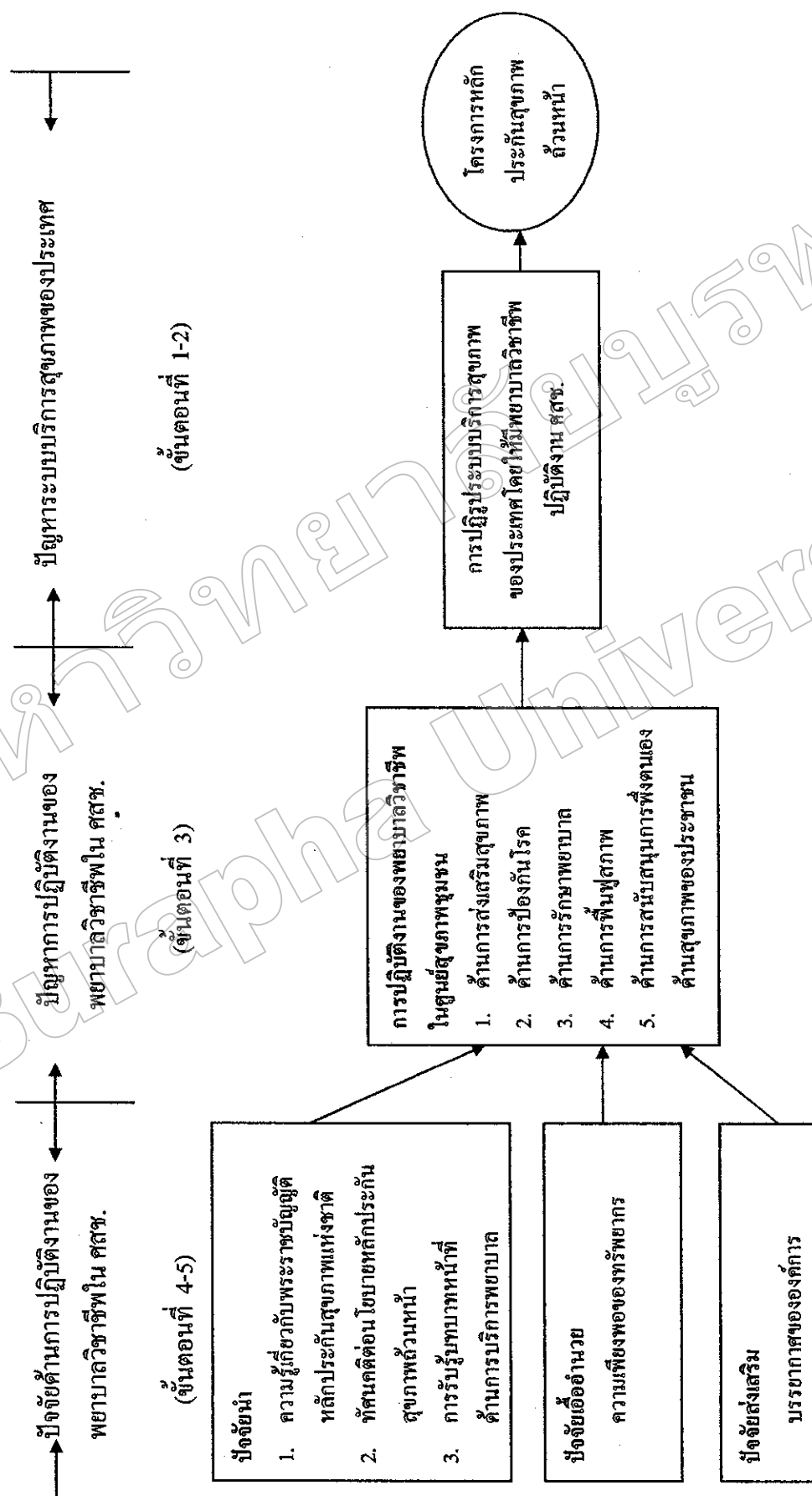
2. ปัจจัยเอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมหรือการปฏิบัติ ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากร ประกอบด้วยด้านบุคลากร ด้านความเพียงพอของอุปกรณ์การปฏิบัติงานและด้านความเพียงพอของงบประมาณ

3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ บรรยากาศขององค์กร

จากการศึกษาแนวคิด PRECEDE Framework ของกรีน (Green et al., 1980) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย (Multiple Casuality Assumption) ได้ชี้ให้เห็นว่า สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมหรือการปฏิบัติ เนื่องจากพฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุจากหลายปัจจัย (Multiple Factors) ดังนั้นในการดำเนินการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีการดำเนินการในหลาย ๆ ด้านประกอบกัน ทำให้สามารถวิเคราะห์สาเหตุของการปฏิบัติงานได้ครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของบุคคล การกำหนดกลวิธีในการแก้ไขจึงสามารถกำหนดได้ครอบคลุมปัจจัยสาเหตุทั้งหมดมิใช่เป็นเพียงการเน้นให้ความรู้เพื่อแก้ไขเฉพาะปัจจัยนำที่นิยมทำกันในอดีต แต่ได้ให้ความสนใจในการจัดสภาพแวดล้อมและทรัพยากร ที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานรวมทั้งจัดให้มีปัจจัยส่งเสริมที่ช่วยสนับสนุนและกระตุ้นให้บุคคลเกิดการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง (สมทรง รักษ์เผ่า และสรงศักดิ์ วัฒนคำสวัสดิ์, 2540)

ผู้วิจัยคาดว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นจะมีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ โดยสามารถสรุปเป็นแผนภูมิแสดงการวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพและปัจจัยด้านการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิได้ดังนี้

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University



ภาพที่ 7 แสดงการวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพและปัจจัยด้านการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชน

(Green et al., 1980, pp. 53-54)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ทศนคติต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การรับรู้บทบาทหน้าที่ด้านการบริการพยาบาล ความเพียงพอของทรัพยากร และบรรยากาศขององค์กร

ปัจจัยด้านความรู้และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ความรู้ (Knowledge)

ความรู้เป็นนามธรรมที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะอย่างหรือเรื่องทั่วไป เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำในการจัดระบบข้อมูลใหม่ เกี่ยวกับข้อเท็จจริงที่มนุษย์ได้รับจากการศึกษา ค้นคว้า การสังเกตหรือประสบการณ์ที่ต้องอาศัยเวลาเก็บรวบรวมสะสมไว้เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดแนวคิดและมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ฉะนั้นก่อนที่บุคคลจะปฏิบัติอะไรก็ตาม บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ ก่อนและพึงพอใจที่จะปฏิบัติสิ่งนั้น นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของคำว่าความรู้ไว้ดังนี้

พจนานุกรมทางการศึกษา Dictionary of Education ของคาร์เตอร์วู้ด (Carter, 1673, p. 325 อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2523, หน้า 72) ได้ให้คำจำกัดความของความรู้ไว้ว่าเป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และรายละเอียดต่าง ๆ ที่มนุษย์รับรู้ได้ และเก็บรวบรวมสะสมไว้

จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ความรู้เป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ และเข้าใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง รวมถึงประสบการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลเคยเกี่ยวข้อง และเป็นส่วนประกอบสำคัญประการหนึ่งที่มุ่งให้บุคคลแสดงพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ

บลูม (Bloom et al., 1971) ความรู้เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะ ระลึกถึงวิธีการและกระบวนการต่าง ๆ โดยที่วัตถุประสงค์ของความรู้นั้นย้าในเรื่องกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำในการเชื่อมโยงการจัดระบบใหม่

ความรู้ของบุคคลที่เกิดขึ้นจะนำไปสู่การแสดงออกของพฤติกรรม เกิดการรับรู้ปรับแนวคิด และทัศนคติตามความรู้ความเข้าใจที่ตนมีอยู่ ซึ่งกระบวนการของความรู้ แบ่งได้เป็น 6 ขั้นตอนตามลำดับการเกิดพฤติกรรม ดังนี้ (Bloom et al., 1975)

1. ความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถในการจดจำหรือระลึกได้ จากประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ได้รับรู้มา แบ่งออกเป็น

1.1 ความรู้เฉพาะเรื่อง เป็นการระลึกข้อมูลในส่วนย่อย ๆ เฉพาะอย่างที่แยกได้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับวัน เดือน ปี สถานที่

1.2 ความรู้เกี่ยวกับวิถีทางและวิธีดำเนินการเรื่องใดเรื่องหนึ่งเฉพาะ ได้แก่ ความรู้ในเรื่องระเบียบแบบแผน ความรู้เกี่ยวกับแนวโน้มและลำดับก่อนหลัง ความรู้ในการแยกประเภท และจัดหมวดหมู่ ความรู้เกี่ยวกับกฎเกณฑ์ และความรู้เกี่ยวกับหลักการต่าง ๆ

1.3 ความรู้เกี่ยวกับการรวบรวมแนวคิดและสิ่งที่เป็นนามธรรม เป็นแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผน โครงการ รวมทั้งรูปแบบของความคิดและปรากฏการณ์ต่าง ๆ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับหลักการและข้อสรุปโดยทั่วไปและความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีและ โครงสร้าง

2. ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความสามารถในการแปลความตีความหมาย และขยายความในเรื่องราวและเหตุการณ์ต่าง ๆ

3. การประยุกต์ (Application) เป็นความสามารถในการนำสาระสำคัญต่าง ๆ ไปใช้ในสถานการณ์จริง

4. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการแยก การตีความหมายให้เป็นหน่วยย่อย หรือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ เพื่อให้ได้ลำดับขั้นของความคิด ความสัมพันธ์

4.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ เป็นการแยกการประสานหรือความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ในสิ่งที่สื่อความหมาย

4.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ เป็นการแยกการประสานหรือความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ในสิ่งที่สื่อความหมาย

4.3 การวิเคราะห์องค์ประกอบของหลักการ เป็นการชี้แนะให้เห็นระบบของการจัดการและวิธีการรวบรวมองค์ประกอบต่าง ๆ เข้าด้วยกัน

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการรวบรวม เรียบเรียง ผสมผสาน ส่วนย่อย ๆ ให้เป็นเรื่องเดียวกัน เพื่อสร้างแบบแผนหรือโครงสร้างใหม่โดยการสังเคราะห์ข้อความ การสังเคราะห์แผนงาน และการสังเคราะห์ความสัมพันธ์ ซึ่งแบ่งเป็นหน่วยย่อย ดังนี้คือ

5.1 การสร้างข้อคิดเห็นที่มีลักษณะเฉพาะ

5.2 การสร้างแผนหรือข้อคิดเห็นที่นำไปสู่การปฏิบัติ เป็นการพัฒนาแผนการปฏิบัติงานหรือโครงสร้างของแผนงาน

5.3 การก่อให้เกิดกลุ่มของความสัมพันธ์ในเชิงนามธรรม โดยการอธิบายข้อมูลหรืออุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องหรือมีความสัมพันธ์ร่วมด้วย

6. การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินคุณค่าของเนื้อหา วัสดุ อุปกรณ์ และวิธีการทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพที่สอดคล้องกับเหตุการณ์ โดยยึดถือตามเกณฑ์

ซึ่งจำแนกไว้ 2 ลักษณะคือ

6.1 การตัดสินใจตามเกณฑ์ภายใน เป็นการประเมินค่าความถูกต้องของเนื้อหา วัสดุ อุปกรณ์ ข้อความ เหตุการณ์ ตามคุณสมบัติประจำตัวของสิ่งของนั้น

6.2 การตัดสินใจตามเกณฑ์ภายนอก เป็นการประเมินค่าโดยอ้างอิงกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ สรุปได้ว่า การเกิดความรู้ขึ้น เริ่มจากบุคคลมีการจดจำหรือระลึกได้ จากประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ได้รับรู้มาแล้วเกิดความสนใจ มีการนำสิ่งที่รับรู้มาไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์และประเมินค่าข้อมูลที่ได้รับ จนเกิดเป็นความรู้ที่ถูกต้องตามเกณฑ์ของความรู้ นั้น ๆ

ความรู้เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งที่สามารถวัดได้ว่ามีหรือไม่ พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับ ความรับรู้ ความจำ ขวาล แพร์ตกุล (2526) ได้อธิบายไว้ว่า การวัดความรู้เป็นการวัดด้านการระลึก ของความจำนั่นเอง เป็นการวัดเกี่ยวกับเรื่องราวที่เคยมีประสบการณ์ หรือเคยรู้เคยเห็นและ ทำมาก่อนทั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้มีหลายชนิด แต่ละชนิดก็เหมาะสมกับการวัดความรู้ตาม คุณลักษณะซึ่งแตกต่างกันออกไป เครื่องมือที่นิยมใช้กันมาก คือแบบทดสอบ อย่างไรก็ตามการนำ แบบทดสอบความรู้มาใช้จะต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรเป้าหมาย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537) เช่น ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการจับใจความสำคัญ รวมทั้ง ภาระหน้าที่หรือระยะเวลาที่ต้องใช้ในการทำแบบทดสอบของผู้ตอบด้วย

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

หมวด 1 สิทธิการรับบริการสาธารณสุข

มาตรา 5 บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้

คณะกรรมการอาจกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับการบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการ ในอัตราที่กำหนดให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับการบริการ เว้นแต่ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่น ที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดไม่ต้องจ่ายค่าบริการ

ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลจะมีสิทธิได้รับให้เป็นไปตามที่ คณะกรรมการประกาศกำหนด

มาตรา 6 บุคคลใดประสงค์จะใช้สิทธิตามมาตรา 5 ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงาน หรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด เพื่อเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำ

การลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ การขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำและ หน้าที่ของหน่วยบริการประจำที่พึงมีต่อผู้รับบริการ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของบุคคลเป็นสำคัญ

ในกรณีที่บุคคลใดมีสิทธิเลือกหน่วยบริการเป็นอย่างอื่นตามหลักเกณฑ์การได้รับสวัสดิการหรือตามสิทธิที่บุคคลนั้นได้รับอยู่ตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ ประกาศ มติคณะรัฐมนตรี หรือคำสั่งอื่นใด ให้การใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การได้รับสวัสดิการหรือสิทธิของบุคคลนั้น

มาตรา 7 บุคคลที่ลงทะเบียนแล้วให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อ เว้นแต่กรณีที่มีเหตุสมควร หรือกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้บุคคลนั้นมีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นได้ ทั้งนี้ตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของผู้ใช้สิทธิรับบริการ และให้สถานบริการที่ให้บริการนั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 8 ผู้ซึ่งมีสิทธิตามมาตรา 5 ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนตามมาตรา 6 อาจเข้ารับบริการครั้งแรกที่หน่วยบริการใดก็ได้ และให้หน่วยบริการที่ให้บริการแก่บุคคลดังกล่าวจัดให้บุคคลนั้นลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำตามมาตรา 6 และแจ้งให้สำนักงานทราบภายในสามสิบวัน นับแต่ให้บริการโดยหน่วยบริการดังกล่าวมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการครั้งนั้นจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 9 ขอบเขตของสิทธิรับบริการสาธารณสุขของบุคคลดังต่อไปนี้ ให้เป็นไปตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ ประกาศ มติคณะรัฐมนตรีหรือคำสั่งใด ๆ ที่กำหนดขึ้นสำหรับส่วนราชการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ และให้ใช้สิทธิดังกล่าวตามพระราชบัญญัตินี้

1. ข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการ
2. พนักงานหรือลูกจ้างขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
3. พนักงานหรือลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ หรือผู้ซึ่งปฏิบัติงานให้แก่หน่วยงานอื่นของรัฐ หรือบุคคลอื่นใดที่มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยใช้จ่ายจากเงินงบประมาณ
4. บิดามารดา คู่สมรส บุตรหรือบุคคลอื่นใดที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลโดยอาศัยสิทธิของบุคคลตาม 1 2 หรือ 3

ในการนี้ให้คณะกรรมการมีหน้าที่จัดการให้บุคคลดังกล่าวสามารถได้รับบริการสาธารณสุขตามที่ได้ตกลงกันกับรัฐบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐแล้วแต่กรณี

การกำหนดให้บุคคลตามวรรคหนึ่งประเภทใด หรือหน่วยงานใดใช้สิทธิรับบริการ สาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้ได้เมื่อใด ให้เป็นไปตามที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกา

เมื่อมีพระราชกฤษฎีกาตามวรรคสามใช้บังคับแล้วให้รัฐบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐแล้วแต่กรณี ดำเนินการจัดสรรเงินในส่วนที่เป็นค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาลสำหรับบุคคลตามที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกานั้นให้แก่กองทุนตาม หลักเกณฑ์ วิธีการและระยะเวลาที่ตกลงกับคณะกรรมการ

มาตรา 10 ขอบเขตของสิทธิการรับบริการสาธารณสุขของผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วย ประกันสังคมให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม การขยายบริการสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัตินี้ไปยังผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการ และคณะกรรมการประกันสังคมตกลงกัน

ให้คณะกรรมการจัดเตรียมความพร้อมในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตาม กฎหมายว่าด้วยประกันสังคมและเมื่อได้ตกลงกันเกี่ยวกับความพร้อมให้บริการสาธารณสุขกับ คณะกรรมการประกันสังคมแล้ว ให้คณะกรรมการเสนอรัฐบาลเพื่อตราพระราชกฤษฎีกากำหนด ระยะเวลาการเริ่มให้บริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้แก่ ผู้มีสิทธิดังกล่าว

เมื่อมีพระราชกฤษฎีกาตามวรรคสองใช้บังคับแล้ว ให้สำนักงานประกันสังคมส่งเงิน ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนประกันสังคมให้แก่กองทุนตามจำนวนที่คณะกรรมการ และคณะกรรมการประกันสังคมตกลงกัน

มาตรา 11 ในกรณีที่ลูกจ้างซึ่งมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยเงิน ทดแทนผู้ใดใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการตามพระราชบัญญัตินี้เมื่อใดแล้ว ให้หน่วยบริการแจ้งการเข้ารับบริการนั้นต่อสำนักงานและให้สำนักงานมีสิทธิเรียกเก็บค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนเงินทดแทน แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดตามกฎหมายว่าด้วย เงินทดแทนส่งเข้ากองทุนเพื่อส่งต่อให้หน่วยบริการต่อไป

ในกรณีที่ผู้เข้ารับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้เป็นลูกจ้างของนายจ้าง ที่ไม่มีหน้าที่ต้องจ่ายเงินสมทบกองทุนเงินทดแทน ให้สำนักงานมีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินทดแทน แทนลูกจ้างตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทนเพื่อชำระค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข แต่ไม่เกิน อัตราที่กำหนดตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน ส่งเข้ากองทุนเพื่อส่งต่อให้หน่วยบริการต่อไป

การจ่ายเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามมาตรานี้ให้ถือเป็นการจ่ายเงินทดแทน ในส่วนของค่ารักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน

มาตรา 12 ในกรณีที่ผู้ประสบภัยจากรถตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ผู้ใดใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการตามพระราชบัญญัตินี้เมื่อใดแล้วให้หน่วยบริการแจ้งการเข้ารับบริการนั้นต่อสำนักงานและให้สำนักงานมีสิทธิเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย แต่ไม่เกินจำนวนค่าสินไหมทดแทนตามภาระหน้าที่ ที่กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยต้องจ่ายตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ส่งเข้ากองทุนเพื่อส่งต่อไปให้หน่วยบริการต่อไป

ในกรณีที่บริษัทผู้รับประกันภัยรถหรือบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถจำกัด มีหน้าที่ต้องจ่ายค่าสินไหมทดแทนให้แก่ผู้ประสบภัยจากรถที่เข้ารับบริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ให้สำนักงานมีอำนาจออกคำสั่งให้บริษัทดังกล่าวชำระค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข แต่ไม่เกินสิทธิที่พึงได้รับตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ส่งเข้ากองทุนเพื่อส่งต่อไปให้หน่วยบริการต่อไป การจ่ายเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามมาตรานี้ให้ถือเป็นการจ่ายค่าสินไหมทดแทนในส่วนของการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

หมวด 4 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มาตรา 38 ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรียกว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ให้ใช้จ่ายเงินกองทุนโดยคำนึงถึงการพัฒนาการบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสมประกอบด้วย

มาตรา 39 กองทุนประกอบด้วย

1. เงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี
2. เงินที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่กฎหมายบัญญัติ
3. เงินที่ได้รับจากการดำเนินการให้บริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้
4. เงินค่าปรับทางปกครองตามพระราชบัญญัตินี้
5. เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้แก่กองทุน
6. ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน
7. เงินหรือทรัพย์สินใด ๆ ที่กองทุนได้รับมาในกิจการของกองทุน
8. เงินสมทบอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ

เงินและทรัพย์สินที่เป็นของกองทุน ไม่ต้องนำส่งกระทรวงการคลังเป็นรายได้แผ่นดิน ตามกฎหมายว่าด้วยเงินคงคลังและกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ

ในการเสนอขอรับงบประมาณตาม 1 ให้คณะกรรมการจัดทำคำขอต่อคณะรัฐมนตรี โดยพิจารณาประกอบกับรายงานความเห็นของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ตลอดจน บัญชีการเงินและทรัพย์สินของกองทุนในขณะจัดทำคำขอดังกล่าว

มาตรา 40 การรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุนรวมทั้งการนำเงินกองทุน ไปจัดหาผลประโยชน์ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 41 ให้คณะกรรมการกั้นเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้ หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหาย ที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำความผิดได้แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 42 ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของ หน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำความผิดได้แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตาม มาตรา 41 เมื่อสำนักงานได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการไปแล้ว สำนักงานมีสิทธิไต่เบี่ย เอาแก่ผู้กระทำความผิดได้

มาตรา 43 ภายใน 3 เดือนนับแต่วันสิ้นปีงบประมาณตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการ งบประมาณ ให้คณะกรรมการเสนองบดุลและรายงานการรับจ่ายเงินของกองทุนในปีที่ล่วงมา ซึ่งสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินตรวจสอบรับรองแล้วต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อทราบ

งบดุลและรายงานการรับจ่ายเงินดังกล่าวให้รัฐมนตรีเสนอต่อนายกรัฐมนตรี เพื่อนำเสนอ ต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบ และจัดให้มีการประกาศในราชกิจจานุเบกษา

หมวด 5 หน่วยบริการและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

มาตรา 44 ให้สำนักงานจัดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ แล้วประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ เพื่อดำเนินการลงทะเบียนเลือกเป็นหน่วยบริการประจำของ ตนตามมาตรา 6

การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ รวมทั้งวิธีการประชาสัมพันธ์ ตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 45 ให้หน่วยบริการมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. ให้บริการสาธารณสุขรวมทั้งการใช้วัดชีน ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ในการรักษาที่ได้ มาตรฐานและมีคุณภาพโดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการสาธารณสุข ที่จำเป็น ตลอดจนเคารพในสิทธิส่วนบุคคล ในศักดิ์ความเป็นมนุษย์และความเชื่อทางศาสนา

2. ให้ข้อมูลการบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการตามที่ผู้รับบริการร้องขอและตามประกาศที่มีการกำหนดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยและผู้รับบริการ โดยไม่บิดเบือน ทั้งในเรื่องผลการวินิจฉัย แนวทาง วิธีการ ทางเลือก และผลในการรักษารวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือถูกส่งต่อ

3. ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับชื่อแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้รับผิดชอบในการดูแลอย่างต่อเนื่องทางด้านสุขภาพกายและสังคม แก่ญาติหรือผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการอย่างเพียงพอ ก่อนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

4. รักษาความลับของผู้รับบริการจากการปฏิบัติหน้าที่ตาม 1 และ 2 อย่างเคร่งครัด เว้นแต่เป็นการเปิดเผยต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

5. จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขเพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการ รวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการและการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข ให้หน่วยบริการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนด

มาตรา 46 หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา 44 และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

หลักเกณฑ์การกำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่งต้องผ่านการรับฟังความคิดเห็นตามมาตรา 18 (13) ก่อน และอย่างน้อยต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไข ดังต่อไปนี้

1. อาศัยราคากลางที่เป็นจริงของโรคทุกโรคมารับเป็นฐานตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานตามมาตรา 50 (4)
2. ครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการในส่วนเงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากร
3. คำนึงถึงความแตกต่างในภารกิจของหน่วยบริการ
4. คำนึงถึงความแตกต่างในกลุ่มผู้รับบริการและในขนาดของพื้นที่บริการที่หน่วยบริการรับผิดชอบ

มาตรา 47 เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชน ในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน

หมวด 6 คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

มาตรา 48 ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า "คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข" ประกอบด้วย

- (1) อธิบดีกรมการแพทย์ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ประธานสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะ
- (2) ผู้แทนแพทยสภา ผู้แทนสภาการพยาบาล ผู้แทนทันตแพทยสภา ผู้แทนสภาเภสัชกรรม และผู้แทนสภาทนายความ
- (3) ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นสมาชิกสมาคมโรงพยาบาลเอกชนหนึ่งคน
- (4) ผู้แทนเทศบาลหนึ่งคน องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนึ่งคน องค์การบริหารส่วนตำบลหนึ่งคน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นหนึ่งคน โดยให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทคัดเลือกกันเอง
- (5) ผู้แทนผู้ประกอบการวิสาหกิจการพยาบาลและผดุงครรภ์ ทันตกรรม และเภสัชกรรม วิชาชีพละหนึ่งคน
- (6) ผู้แทนราชวิทยาลัยแพทย์เฉพาะทางสาขาสุนิรีเวช สาขาศัลยกรรม สาขาอายุรกรรม และสาขากุมารเวชกรรม สาขาละหนึ่งคน
- (7) ผู้แทนผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ สาขากายภาพบำบัด สาขาเทคนิคการแพทย์ สาขารังสีเทคนิค สาขากิจกรรมบำบัด สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก และสาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย สาขาละหนึ่งคนและให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวนสามคน
- (8) ผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มีใช่เป็นการแสวงหากำไรและดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้ องค์กรละหนึ่งคน โดยการคัดเลือกกันเองในแต่ละกลุ่มให้เหลือกลุ่มละหนึ่งคน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวนห้าคน
 - (ก) งานด้านเด็กหรือเยาวชน
 - (ข) งานด้านสตรี
 - (ค) งานด้านผู้สูงอายุ
 - (ง) งานด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช
 - (จ) งานด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรัง
 - (ฉ) งานด้านผู้ใช้แรงงาน
 - (ช) งานด้านชุมชนแออัด
 - (ซ) งานด้านเกษตรกร

(ฉ) งานด้านชนกลุ่มน้อย

(9) ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจำนวนหกคน โดยในจำนวนนี้ให้เป็นผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวสาขาจิตเวช และสาขาการแพทย์แผนไทย สาขาละหนึ่งคน

องค์กรเอกชนตาม (8) ต้องเป็นองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมมาไม่น้อยกว่าหนึ่งปี และได้มาขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานก่อนครบกำหนดสิบห้าวันนับแต่วันที่มิให้มีการคัดเลือกกรรมการ ถ้าองค์กรใดดำเนินกิจกรรมหลายกลุ่มให้ขึ้นทะเบียนเพื่อใช้สิทธิคัดเลือกกรรมการในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น

หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกกรรมการตาม (3) (4) (5) (6) (7) และ (8) ให้เป็นไปตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

ให้กรรมการตาม (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) และ (8) ดำเนินการสรรหาและพิจารณาคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิเสนอให้คณะรัฐมนตรีแต่งตั้งเป็นกรรมการตาม (9)

หลักเกณฑ์และวิธีการสรรหาและพิจารณาคัดเลือกกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิตามวรรคสี่ให้เป็นไปตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

ให้กรรมการตามวรรคหนึ่งประชุม และคัดเลือกกันเองให้คนหนึ่งเป็นประธานกรรมการ ให้เลขาธิการเป็นเลขานุการของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

มาตรา 49 การดำรงตำแหน่ง วาระการดำรงตำแหน่ง การพ้นจากตำแหน่งและการประชุมของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ให้ตามมาตรา 14 มาตรา 15 มาตรา 16 และมาตรา 17 มาใช้บังคับ โดยอนุโลม

มาตรา 50 คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(1) ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา 45

(2) กำกับดูแลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการให้มีคุณภาพและมาตรฐานในกรณีที่หน่วยบริการนั้น ๆ มีการให้บริการในส่วนที่สูงกว่าบริการสาธารณสุขตามมาตรา 5

(3) กำหนดมาตรฐานการควบคุมดูแลและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

(4) เสนอแนะอัตราค่ากลางของโรคทุกโรคต่อคณะกรรมการเพื่อประกอบการวางหลักเกณฑ์กำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการตามมาตรา 46

(5) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และวิธีพิจารณาเรื่องร้องเรียนดังกล่าว รวมทั้งหลักเกณฑ์และวิธีการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ และกำหนดหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวกและเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน

(6) รายงานผลการตรวจตราและการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการต่อคณะกรรมการ พร้อมทั้งแจ้งหน่วยบริการและหน่วยงานต้นสังกัด เพื่อปรับปรุงแก้ไขและติดตามประเมินผลในเรื่องการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐาน

(7) สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจตราและควบคุมกำกับหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

(8) จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีที่ได้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้ให้บริการไม่ได้รับค่าเสียหาย ในระยะเวลาอันสมควรตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

(9) สนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการเผยแพร่ข้อมูลแก่ประชาชนเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการเข้ารับบริการสาธารณสุข

(10) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนด ให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน หรือตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

มาตรา 51 คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติตามที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมอบหมายได้

ให้นำมาตรา 17 มาใช้บังคับกับการประชุม วิธีการประชุม และวิธีปฏิบัติงานของคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานโดยอนุโลม

มาตรา 52 ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานและคณะอนุกรรมการมีอำนาจขอให้หน่วยงานของรัฐหรือสั่งให้บุคคลใดที่เกี่ยวข้องมีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริงมาให้ถ้อยคำหรือส่งเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาได้

มาตรา 53 ให้กรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานและอนุกรรมการได้รับค่าเบี้ยประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่นในการปฏิบัติหน้าที่ตามที่รัฐมนตรีกำหนด

หมวด 7 พนักงานเจ้าหน้าที่

มาตรา 54 ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจเข้าไปในสถานที่ของหน่วยบริการหรือของเครือข่ายหน่วยบริการในระหว่างเวลาทำการ เพื่อตรวจสอบ สอบถามข้อเท็จจริง ตรวจสอบทรัพย์สินหรือเอกสารหลักฐาน ถ่ายภาพ ถ่ายสำเนา หรือนำเอกสารที่เกี่ยวข้องไปตรวจสอบหรือกระทำการอย่างอื่นตามสมควร เพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงอันจะปฏิบัติการให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้

ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ถ้าพบการกระทำผิดให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจยึดหรืออายัดเอกสารหลักฐานทรัพย์สินหรือสิ่งของ เพื่อใช้เป็นพยานหลักฐานในการพิจารณาดำเนินการต่อไป

วิธีปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการหรือ
คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานกำหนด แล้วแต่กรณี

มาตรา 55 ในการปฏิบัติหน้าที่ พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องแสดงบัตรประจำตัวแก่บุคคลซึ่ง
เกี่ยวข้อง

บัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ให้เป็นไปตามแบบที่รัฐมนตรีกำหนด โดยประกาศใน
ราชกิจจานุเบกษา

ในการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ให้บุคคลซึ่งเกี่ยวข้องอำนวยความสะดวก
ตามสมควร

มาตรา 56 ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่เป็นเจ้าพนักงาน
ตามประมวลกฎหมายอาญา

หมวด 8 การกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ

มาตรา 57 ในกรณีที่สำนักงานตรวจสอบพบว่าหน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน
การให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด ให้รายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน
เพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนพิจารณา

คณะกรรมการสอบสวนตามวรรคหนึ่ง ให้มีจำนวนตามความเหมาะสมประกอบด้วย
ผู้แทนหน่วยงานของรัฐที่ปฏิบัติงานในด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และกฎหมายผู้แทน
องค์กรเอกชนหรือผู้ทรงคุณวุฒิอื่นซึ่งไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียในเรื่องที่จะพิจารณา มีหน้าที่สอบสวนและ
เสนอความเห็นต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

ในการแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวน คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน
อาจแต่งตั้งไว้ล่วงหน้าเป็นจำนวนหลายคณะเพื่อให้ดำเนินการสอบสวนโดยเร็วได้

การสอบสวนต้องกระทำให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน ถ้ายังดำเนินการไม่แล้วเสร็จให้
ขยายเวลาออกไปได้อีกไม่เกิน 30 วัน และถ้ายังดำเนินการไม่แล้วเสร็จอีกให้รายงานคณะกรรมการ
ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อพิจารณามีคำสั่งให้ขยายเวลาได้เท่าที่จำเป็น

ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้คณะกรรมการสอบสวนเป็นเจ้าพนักงาน
ตามประมวลกฎหมายอาญาและให้มีอำนาจขอให้หน่วยบริการ เครือข่ายหน่วยบริการ ผู้ร้องเรียน
หรือบุคคลอื่นใดที่เกี่ยวข้องมีหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริงมาให้ถ้อยคำหรือส่งเอกสารหลักฐานเพื่อ
ประกอบการพิจารณาได้

เมื่อคณะกรรมการสอบสวนดำเนินการสอบสวนแล้วเสร็จ ให้เสนอเรื่องพร้อมความเห็น
ต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อพิจารณาต่อไป

ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานพิจารณาออกคำสั่งตามมาตรา 58 หรือมาตรา 59 แล้วแต่กรณีภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับเรื่องจากคณะกรรมการสอบสวน

หมวด 9 บทกำหนดโทษ

มาตรา 63 ผู้ใดฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของคณะกรรมการ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน คณะอนุกรรมการของคณะกรรมการดังกล่าว คณะกรรมการสอบสวนหรือพนักงานเจ้าหน้าที่ตามมาตรา 22 มาตรา 52 มาตรา 55 หรือมาตรา 57 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา 64 ผู้ใดขัดขวางหรือไม่อำนวยความสะดวกตามสมควรแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรา 55 วรรคสาม ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

จากการศึกษากระบวนการของความรู้ ตามลำดับการเกิดพฤติกรรมทั้ง 6 ขั้น ได้แก่ รู้ จำ เข้าใจ การประยุกต์ การวิเคราะห์ การประเมินค่า ในการวิจัยครั้งนี้ ได้นำประเด็น เนื้อหาเหล่านี้มาเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งหมายถึง การแสดงออกถึงการจดจำ (Memorization) และระลึกได้ (Recall) และความเข้าใจในเรื่อง สิทธิการรับบริการสาธารณสุข กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หน่วยบริการและมาตรฐานบริการสาธารณสุข การกำกับมาตรฐานหน่วยบริการและบทกำหนดโทษที่ได้จากการศึกษา ค้นคว้าอบรมประสบการณ์หรือการสังเกตหรือหลายอย่างร่วมกัน จนเกิดเป็นความรู้และนำไปใช้ในการปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

จากผลการศึกษาของ รวีวรรณ ศิริสมบุรณ์ และคณะ (2545) เรื่องการประเมินผลการดำเนินงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิจังหวัดสระบุรี พบว่าเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมียังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นอุปสรรคทำให้การดำเนินงานไม่สอดคล้องกันระหว่างสิ่งที่ควรปฏิบัติและสิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติ เอกสารที่ส่วนกลางจัดทำขึ้นเป็นเพียงเครื่องมือส่วนหนึ่งที่จะทำให้ผู้ปฏิบัติมีความรู้แต่ยังต้องอาศัยการอบรมเพื่อเพิ่มความรู้และความมั่นใจให้มากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จุฑารัตน์ เพ็ญเขตต์วิทย์ (2547) เรื่องการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่คัดสรร พบว่าผู้ที่มีตำแหน่งในระดับบริหารและนักวิชาการจะถูกระบุให้เข้ารับทราบนโยบายโดยตลอดแต่คนนโยบายดังกล่าวผู้ปฏิบัติไม่รู้ โดยเฉพาะหน่วยงานที่มีความขัดแย้งจะไม่มีมารับรู้แบบไม่เป็นทางการด้วย ซึ่งเป็นปัญหาอุปสรรคด้านนโยบายที่สำคัญสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปรีดา เต๋ออารักษ์ (2545) กล่าวว่าถึงแม้ว่ามีความพยายามในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่ก็พบว่าเกิดความไม่พร้อมใน

การเตรียมการเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องนโยบายให้กับผู้ปฏิบัติงานในภูมิภาคทั่วประเทศ รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขเองก็ขาดความเข้าใจในหลักการนี้

สำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้กับการปฏิบัติงานต่าง ๆ ที่ผ่านมามีผู้ศึกษาไว้หลายท่าน เช่น การศึกษาของ กฤษณะ กระต่ายทอง และสุจิตรา อังศรีทองกุล (2547) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความเชื่อและการปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ของประชาชนในพื้นที่สาธารณสุขเขต 2 พบว่า ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วรณวิมล วิเชียรฉาย (2546) เรื่องความรู้และทัศนคติต่อปัญหาการกระทำรุนแรงในครอบครัว และการปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดจันทบุรี พบว่า ความรู้และทัศนคติสามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติงานของแพทย์และพยาบาลในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวได้ร้อยละ 15.1 และจากการศึกษาของ ศิริบุญญา บุญประชม (2545) เรื่องความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการบริโภคอาหารแต่ขัดแย้งกับผลการศึกษาของ อำพัน สัจจวิรวรรณ (2545) ที่พบว่าการศึกษาไม่มียุทธศาสตร์ต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมหรือการปฏิบัติ ดังนั้น ความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงน่าจะเป็นปัจจัยประการหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพ

ปัจจัยด้านทัศนคติต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ทัศนคติ (Attitude)

ทัศนคติ คือสภาพของจิตใจซึ่งรวมทั้งความคิด ความรู้สึก และแนวโน้มที่จะตอบสนองของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ ของสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นไปในทางบวกหรือทางลบก็ได้ โดยเริ่มจากบุคคลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งนั้นก่อน แล้วทำการประเมินค่าสิ่งนั้นตามประสบการณ์และการเรียนรู้ที่ผ่านมา โดยเก็บเอาไว้เป็นอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดสะสมไว้เป็นความตั้งใจ แล้วจึงสะท้อนความรู้สึกนั้นออกมาเป็นพฤติกรรม นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของทัศนคติสรุปได้ดังนี้

เชดสคัลล์ ไชวาสินธิ์ (2522) ให้ความหมายว่า ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ อันเป็นผลเนื่องมาจากการเรียนรู้ และเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมหรือแนวโน้มที่จะตอบสนอง

ต่อสิ่งเร้านั้น ๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่งอาจเป็นไปในทางสนับสนุน หรือคัดค้านก็ได้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ทักษะคิดเป็นความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด และความคิดเห็นของบุคคลซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ ที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งท่าทีที่แสดงออกที่บ่งถึงสภาพของจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นส่วนที่พร้อมที่จะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก

อรุณ รักธรรม (2538) ทักษะคิดของบุคคลเป็นผลของความรู้สึกทางใจที่จะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมเอนเอียงไปในทางใดทางหนึ่ง

บุญธรรม กิจปริคาบวิสุทธิ (2540) ทักษะคิดเป็นความโน้มเอียงของจิตใจในทางที่ชอบ เห็นด้วย สนับสนุน หรือไม่ชอบ ไม่เห็นด้วย ไม่สนับสนุนต่อการกระทำหรือต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง มีลักษณะเป็นตัวแปรเชิงสมมุติ เป็นนามธรรมหรือมโนทัศน์ (Concept) อย่างหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อมาสู่พฤติกรรมของบุคคล (Thurstone, 1928 อ้างถึงใน พัชรินทร์ ต่วนภูษา, 2537) ทักษะคิดเป็นผลรวมทั้งหมดของมนุษย์เกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด ความคิด ความกังวลต่อสิ่งบางอย่างการแสดงออกในด้านการพูด ความคิด (Opinion) และความคิดนี้เป็นสัญลักษณ์ของทักษะคิด ดังนั้น ถ้าเราอยากวัดทักษะคิด เราก็สามารถทำได้โดยวัดความคิดของบุคคลต่อสิ่งต่าง ๆ

สรุปได้ว่า ทักษะคิดเป็นความรู้สึกนึกคิด และความคิดเห็นของบุคคล ที่เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ ที่สะสมมาเป็นเวลาพอสมควร มีผลต่อลักษณะการแสดงออกของบุคคล ที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น ๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง สามารถเปลี่ยนแปลงได้จากการเรียนรู้ และตามเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

องค์ประกอบของทักษะคิดมี 3 ประการ คือ (วิมลรัตน์ อินทร์ฤทธิ์, 2539)

ประการที่ 1 องค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive Component) เป็นองค์ประกอบความรู้ ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งของ หรือปรากฏการณ์ต่าง ๆ ทำให้เกิดทักษะคิดทั้งด้านดีและ ไม่ดี หรือเป็นความเชื่อต่อความรู้ต่าง ๆ ข้อเท็จจริงที่คน ได้จากความรู้ เพราะถ้าบุคคลไม่รู้จักจะทำให้ไม่มีทักษะคิดต่อสิ่งนั้น

ประการที่ 2 องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Effective Component) เป็นองค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึกที่มีต่อความรู้หรือข้อเท็จจริงต่าง ๆ ว่าชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ในองค์ประกอบทั้ง 3 นี้ อาจกล่าวได้ว่าองค์ประกอบด้านอารมณ์ เป็นส่วนที่สำคัญที่สุด จัดเป็นแกนกลางของทักษะคิด

ประการที่ 3 องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) เป็นนโยบายของบุคคลต่อเป้าหมายของทักษะคิด หรือจุดยืนของบุคคล ที่มีแนวโน้มในทางปฏิบัติคือความพร้อมหรือความโน้มเอียงล่วงหน้าที่จะกระทำ หรือตอบสนอง ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากความคิด ความรู้สึกของบุคคลที่จะแสดงออกในรูปการยอมรับ หรือปฏิเสธ การเข้าหาหรือการถอยหนี

ลักษณะที่สำคัญของทัศนคติมีดังนี้ คือ (กฤษฎา ศักดิ์ศรี, 2530)

1. เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ เมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้จะทำให้เกิดความรู้สึกและความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งที่ได้เรียนรู้ คือ เกิดเป็นทัศนคติ และทัศนคติไม่ใช่สิ่งที่คิดขึ้นมาแต่เกิด
2. เป็นสภาวะทางจิตใจที่มีอิทธิพลต่อความคิดและพฤติกรรมของบุคคล โดยการโน้มน้าวจิตใจให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งแสดงออกในทางยอมรับหรือไม่ยอมรับ และสามารถสังเกตได้จากพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก ซึ่งแสดงออกด้วยคำพูดหรือสีหน้าท่าทางที่พอใจหรือไม่พอใจ
3. เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ แม้ว่าการเกิดทัศนคติจะต้องใช้เวลา ความคิดพิจารณาจากความรู้สึกที่สะสมมาเป็นเวลานานพอสมควร แต่ทัศนคติก็สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามการเรียนรู้ สภาพแวดล้อม สถานการณ์ และเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

การวัดทัศนคติ

การที่จะรู้ว่าคุณคนมีทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในทางบวก หรือทางลบ สามารถวัดได้ โดยมีเครื่องมือวัดทัศนคติหลายแบบ เทอร์สตัน (Thurston, 1928 อ้างถึงใน วิมลรัตน์ อินทร์ฤทธิ, 2539) ได้ให้ความเห็นว่า ทัศนคติจะวัดโดยตรงไม่ได้แต่จะวัดจากการแสดงออกในรูปของความคิดเห็นหรือภาษาพูด ข้อความในแบบวัดทัศนคติไม่ว่าแบบใด เทอร์สตันได้ให้ความเห็นว่าต้องไม่เป็นข้อความเกี่ยวกับความรู้ หรือความจริง เพราะคำตอบของผู้ตอบความที่เป็นจริงจะไม่แสดงให้เห็นทัศนคติของผู้ตอบนั้น ๆ

ในการวัดทัศนคติ นักจิตวิทยาสังคม นิยมวัดอยู่ 2 ลักษณะ คือ

ลักษณะที่ 1 ทิศทาง (Direction) หมายถึง การประเมินค่าความรู้ ความรู้สึกและความพร้อมที่จะกระทำไปในด้านที่เป็นบวกหรือลบ ซึ่งหมายถึง ดีหรือเลวเช่น เกี่ยวกับองค์ประกอบทางความรู้ก็สามารถวัดได้ว่าบุคคลมีความรู้ในประเด็นที่ต้องการวัดในทางที่ว่าสิ่งนั้นดีหรือเลวส่วนที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบทางความรู้สึก ก็สามารถวัดได้ว่าบุคคลนั้น มีความรู้สึกทางด้านความพร้อมที่จะกระทำต่อสิ่งนั้นในทางบวกหรือทางลบ ซึ่งทางบวกก็หมายถึง ความพร้อมที่จะให้การสนับสนุนหรือช่วยเหลือ ส่วนทางลบหมายถึง ความพร้อมที่จะทำลายหรือขัดขวางความเจริญของสิ่งนั้น

ลักษณะที่ 2 ปริมาณ (Magtitude) หมายถึง ความเข้มข้นหรือปริมาณความรุนแรงของทัศนคติ ไปในทิศทางบวกหรือลบ นั่นคือบุคคลอาจมีทัศนคติ ต่อสิ่งหนึ่งอย่างรุนแรงและต่อสิ่งหนึ่งเพียงบางเบา ทั้งนี้ย่อมขึ้นกับความสำคัญต่อสิ่งนั้น

วิธีการวัดทัศนคติมีหลายวิธี เช่น

Equal Appearing Interval ของเทอร์สตัน (Thurston)

Sealogram Analysis ของกัทแมน (Guttman)

Semantic Differential ของชาร์ลส์ อี โอล์กู๊ด (Charis E. Osgood)

Projective Techniques ของแฟรงค์ (Frank)

Summated Ratings ของลิเคิร์ต (Rensis Likert)

สำหรับการวัดทัศนคติโดยวิธี Summated Ratings หรือที่เรียกว่า Likert Method นั้น ลิเคิร์ต (Likert) ถือว่าผู้มีทัศนคติต่อสิ่งใด โอกาสที่จะตอบเห็นด้วย กับข้อความที่สนับสนุนสิ่งนั้นมีมากและ โอกาสที่จะตอบเห็นด้วยกับข้อความที่ต่อต้านสิ่งนั้นก็มีน้อย ลิเคิร์ตจึงใช้การวัดทัศนคติจากการเลือกคำตอบว่า เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งเพียงอย่างใด อย่างหนึ่งต่อข้อความแต่ละข้อเปรียบเทียบกับทัศนคติให้เป็นคะแนน ข้อความที่สนับสนุนคำตอบว่า เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน ลดลงเรื่อย ๆ จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ส่วนข้อความที่ต่อต้าน ถ้าตอบว่าไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนนและลดลงเรื่อย ๆ จนถึงคำตอบว่า เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ดังนั้น คะแนนรวมของทุกข้อจะเป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงทัศนคติของผู้ตอบในแบบวัดทัศนคติของแต่ละคน

การสร้างแบบสอบถามตามขั้นตอนของ Likert (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2520)

ขั้นที่ 1 พิจารณาว่าการจะวัดทัศนคติของใครที่มีต่ออะไร และให้ความหมายของทัศนคติและสิ่งที่วัดนั้น ไม่นแน่นอน

ขั้นที่ 2 เมื่อมีความหมายของสิ่งที่วัดแน่นอนแล้วก็สร้างข้อความ (Statement) ในแต่ละหัวข้อนั้น ๆ โดยให้กลุ่มเนื้อหาในหัวข้อเหล่านั้น และ ในขณะเดียวกันก็ให้สามารถพิจารณาว่าข้อความที่ถามที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก หรือความเชื่อของผู้ตอบ โดยมีหลักดังนี้

1. ข้อความควรจะเขียนในแง่ของความรู้สึก ความเชื่อ หรือความตั้งใจที่จะทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด ไม่ใช่เป็นข้อเท็จจริง
2. ข้อความที่บรรจุลงในสเกล จะต้องประกอบด้วยข้อความที่เป็น Positive และ Negative กันทั้งคู่
3. ข้อความแต่ละข้อความจะต้องสั้น เข้าใจง่าย ชัดเจน
4. เมื่อได้ข้อความเพียงพอแล้วก็บรรจุลงในสเกล โดยให้มีข้อเลือก 5 ข้อ ดังกล่าวแล้ว

ขั้นที่ 3 การทดลองใช้ (Pretest) แบบทดสอบเพื่อคัดเลือกข้อความใช้แบบสอบถามกับกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะพื้นฐานคล้าย ๆ กันกับกลุ่มที่เราจะศึกษาจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นการปรับปรุงข้อความและคัดเลือกข้อความ โดยการวิเคราะห์ข้อความ (Item Analysis)

ในการพัฒนาทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมินั้น พยาบาลวิชาชีพต้องมีความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดที่ดีต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงจะทำให้การปฏิบัติงานเกิดประสิทธิภาพ หรืออยู่บนแนวคิดการให้บริการสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ดำรงภาวะสุขภาพที่ดีหรือช่วยให้ปรับตัวต่อการเจ็บป่วยสู่ภาวะสุขภาพดี

อย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ถ้าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิมีทัศนคติต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในทิศทางที่ให้คุณค่าเป็นบวก ก็จะส่งผลให้การปฏิบัติงานเกิดประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นเป้าหมายการพัฒนาด้านการสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สว๊อตซ์ (Schwartz, 1975, pp. 28-30) ที่ว่าทัศนคติที่ดีช่วยให้เกิดการปฏิบัติที่ดี อันจะส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพดี

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การมีสุขภาพดีของประชาชน ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการดำรงชีวิตและเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้คนไทยทุกคนมีสุขภาพดี ไม่เกิดการเจ็บป่วย หากเจ็บป่วยเล็กน้อยก็สามารถดูแลหรือรักษาพยาบาลเบื้องต้นด้วยตนเองได้ แต่ถ้าการเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากขึ้นและจำเป็นต้องพึ่งพาสถานบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ ทุกคนก็สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม โดยฐานะทางเศรษฐกิจไม่เป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ (ที่จำเป็นตามหลักวิชาการแพทย์) ซึ่งถือเป็นปรัชญาของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สอดคล้องกับบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ในหมวดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ระบุว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผูกขาดไม่มีสิทธิ ได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ” นับเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ของประเทศไทยที่ได้ประกาศรับรองสิทธิของประชาชนและให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนทั้งมวล

การดำเนินการเพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพเป็นที่ยอมรับและปฏิบัติกันอย่างกว้างขวางในนานาประเทศ โดยเฉพาะกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว ประวัติศาสตร์การพัฒนาระบบประกันสุขภาพให้สำเร็จและมีความยั่งยืนล้วนต้องใช้เวลาเปลี่ยนผ่านที่ยาวนานพอควร ประเทศเยอรมันนี้ต้องใช้เวลาในการพัฒนาหลักประกันสุขภาพอย่างต่อเนื่องกว่าร้อยปีจึงขยายครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ สำหรับประเทศออสเตรเลียถึงแม้จะมีกฎหมายที่กำหนดสิทธิให้แก่ประชากรในเรื่องหลักประกันสุขภาพ แต่ก็ได้เป็นหลักประกันว่าจะสามารถสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ เนื่องจากเกิดความขัดแย้งทางการเมือง การต่อต้านจากกลุ่มผลประโยชน์ที่มีอิทธิพล หรือการไม่ยอมรับของประชาชนโดยทั่วไป ซึ่งต้องใช้เวลาานกว่าเจ็ดสิบปีจึงได้สร้างระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าจนสำเร็จดังระบบฯ ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ส่วนสนประเทศสหรัฐอเมริกา กลับถือเป็นตัวอย่างของประเทศที่ค่อนข้างจะล้มเหลวในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศแม้จะมีความพยายามในการพัฒนาระบบฯ มาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่

กลางทศวรรษที่ 1930 เป็นต้นมา ปัจจุบันคาดว่าจะมีประชาชนชาวสหรัฐกว่า 30% ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นทั้ง ๆ ที่ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของประเทศสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว

บทเรียนที่ผ่านมาในหลายประเทศสอนให้รู้ว่า ความพยายามในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มิได้สิ้นสุดลงเพียงแต่การผ่านกฎหมายออกมาประกาศใช้เท่านั้น จำต้องอาศัยความมุ่งมั่นทางการเมือง การสร้างความเข้าใจของบุคคลต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นนักการเมือง ผู้บริหารระบบหลักประกันสุขภาพ ผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้รับบริการ ตลอดจนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนแนวคิดดังกล่าวและร่วมใจกันผลักดันนโยบายที่ดีไปสู่การปฏิบัติที่เป็นจริง เพื่อก่อให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีคุณภาพ มาตรฐานและมีความเท่าเทียมในสังคมอย่างแท้จริงในที่สุด

ความตื่นตัวเรื่องความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ ในประเทศไทยเริ่มขึ้นและขยายความครอบคลุมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องมานานกว่ายี่สิบปี พ.ศ. 2518 ในสมัยรัฐบาลภายใต้การนำของ มรว.คึกฤทธิ์ ปราโมช ได้เริ่มโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล (สปน.) โดยกำหนดให้ผู้ที่มีรายได้น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนดได้มีหลักประกันด้านสุขภาพในการเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุขจากสถานบริการของรัฐ โดยไม่เสียค่ารักษาพยาบาล ต่อมาในปี พ.ศ. 2537 รัฐบาลได้ขยายความคุ้มครองเพิ่มเติมครอบคลุมถึงผู้สูงอายุ (มากกว่า 60 ปี) เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ผู้พิการ ทหารผ่านศึก ผู้นำชุมชนและผู้นำศาสนาและเปลี่ยนชื่อโครงการใหม่เป็น “โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล” (สปร.) โดยรัฐจัดสรรงบประมาณสนับสนุนผ่านเครือข่ายสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข จากการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติเมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. 2544 พบว่ารัฐได้ออกบัตรแสดงสิทธิให้แก่กลุ่มเป้าหมายนี้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 29.0 ของประชากร นับเป็นโครงการหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมสัดส่วนของประชากรมากที่สุด

หลักประกันสุขภาพกลุ่มที่สองที่ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข คือ โครงการบัตรสุขภาพ ซึ่งเป็นการประกันสุขภาพโดยสมัครใจที่ผู้ซื้อบัตรฯ ต้องเสียเงินค่าซื้อบัตรประกันสุขภาพล่วงหน้าในราคาที่กำหนดโดยหลักประกันจะครอบคลุมได้ทั้งครอบครัว ซึ่งเริ่มโครงการนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 โดยมีผู้ซื้อประกันสุขภาพประมาณร้อยละ 1.4 และได้ขยายเพิ่มขึ้นมาอย่างต่อเนื่องเป็นร้อยละ 23.4 ในปี พ.ศ. 2544 เนื่องจากบัตรฯ มีราคาถูกเมื่อเทียบกับประกันเอกชนและรัฐจ่ายเงินสมทบให้แก่สถานบริการสุขภาพเพิ่มเติมอีกด้วย จึงทำให้บัตรสุขภาพเป็นที่นิยมในหมู่ประชาชน โดยเฉพาะผู้ที่ไม่อยู่ในเกณฑ์ที่จะได้รับบัตร สปร. และผู้ที่มีโรคเรื้อรังหรือเจ็บป่วยบ่อย ๆ ที่ต้อง

ทั้งพึ่งสถานบริการ เพราะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลได้อย่างมากในยุควิกฤตเศรษฐกิจของประเทศ

กลุ่มต่อไป คือ หลักประกันสุขภาพสำหรับผู้ที่มีงานทำเป็นทางการ ได้แก่ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งจะครอบคลุมข้าราชการและครอบครัว อีกประมาณร้อยละ 7.5 และสวัสดิการประกันสังคม ที่ครอบคลุมผู้ที่ทำงานในสถานประกอบการที่มีคนงาน 10 คนขึ้นไปในระยะแรก และได้ขยายลงมาถึงสถานประกอบการที่มีคนงานตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปในปัจจุบัน มีอยู่อีกร้อยละ 7.6 ของประชากร

หลักประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ ในประเทศไทยที่ได้กล่าวมาแล้ว ยังให้สิทธิประโยชน์ไม่เท่าเทียมกัน สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ประกันสังคม และประกันเอกชน ให้สิทธิประโยชน์ในการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนและการมีสิทธิอยู่ห้องพิเศษ สวัสดิการของข้าราชการยังให้สิทธิเลือกของการใช้บริการของรัฐได้อย่างอิสระ ส่วนสวัสดิการ สปร. และบัตรสุขภาพให้สิทธิประโยชน์ทางเลือกของการใช้บริการที่มีข้อจำกัดมากกว่า ผู้ถือบัตรฯ ต้องรับการรักษากับโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามที่ระบุไว้ในหลักประกันสุขภาพ แต่ก็นับว่าครอบคลุมการรักษาพยาบาลที่จำเป็นไว้มากพอควร ความแตกต่างกันในสิทธิที่ได้รับของประชาชนที่อยู่ภายใต้หลักประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ จึงมักจะก่อให้เกิดปัญหาในเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับบริการที่ไม่เท่าเทียมกันของประชาชน และมีโอกาสที่จะถูกเลือกปฏิบัติจากสถานพยาบาล เนื่องจากประชาชนกลุ่มผู้ยากจนหรือกลุ่มด้อยโอกาสเหล่านี้มักจะถูกละเลยว่าเป็นผู้สร้างภาระค่าใช้จ่ายให้แก่โรงพยาบาลและรัฐบาลก็ไม่สามารถให้การสนับสนุนงบประมาณทดแทนให้อย่างเพียงพอเมื่อเทียบกับหลักประกันสุขภาพประเภทอื่นในความรู้สึกของผู้บริหารโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามเนื่องจากในระบบเดิมยังมีประชาชนจำนวนหนึ่งที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองเมื่อไปใช้บริการที่โรงพยาบาล เพราะไม่ได้้อยู่ภายใต้หลักประกันสุขภาพประเภทใด ๆ หรือไม่ประสงค์จะไปใช้สิทธิตามสถานพยาบาลที่ถูกกำหนดในหลักประกัน รวมถึงกลุ่มข้าราชการที่ทางโรงพยาบาลสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลคืนได้อย่างเต็มเม็ดเต็มหน่วยจากงบประมาณของรัฐ จึงทำให้โรงพยาบาลของรัฐโดยส่วนใหญ่พอมีช่องทางที่จะหารายได้มาทดแทนส่วนที่ต้องใช้ไปเพื่อดูแลผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้สวัสดิการ สปร. และยังคงให้การรักษายาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่กลุ่มผู้ยากไร้ที่ตกหล่นไม่ได้้อยู่ภายใต้สวัสดิการ สปร. เนื่องจากความบกพร่องของระบบการออกบัตรให้แก่ผู้ด้อยโอกาสหรือไม่มีเงินพอที่จะซื้อบัตรสุขภาพโดยสมัครใจได้ ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในเดือนเมษายน พ.ศ. 2544 พบว่ายังมีประชาชนอีกร้อยละ 29.0 หรือประมาณ 18 ล้านคนที่ขาดหลักประกันสุขภาพ และจำนวนไม่น้อยต้องเป็นหนี้เป็นสินเพื่อกู้ยืมเงินมาใช้ในการรักษายาบาลยามเมื่อเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคภัยแรงที่มีค่าใช้จ่ายในการ

รักษาพยาบาลสูง จึงถือเป็นกลุ่มประชาชนกลุ่มใหญ่ที่รัฐบาลต้องมีนโยบายที่ชัดเจนในการขยายความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพให้ทั่วถึงคนใจกลุ่มนี้ในอันดับต่อไป

ในระยะ 2-3 ปีที่ผ่านมา ได้เกิดกระแสตื่นตัวในหมู่นักวิชาการ องค์กรเอกชน และกลุ่มผู้นำองค์กรชุมชนออกมาร่วมกันเคลื่อนไหวให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดมาจากความบกพร่องของระบบสุขภาพของประเทศที่ไม่สามารถปรับตัวให้ทันกับการกระแสการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การตื่นตัวต่อการรับรู้สิทธิของประชาชนตามกฎหมายและการแพทย์ที่ก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว รัฐบาลสมัยฯ พณฯ ชวน หลีกภัย ที่ผ่านมาก็ได้จัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพขึ้นเพื่อเป็นแกนกลางในการศึกษา รวบรวม สังเคราะห์ความคิดเห็นและความรู้ทางวิชาการจากนักวิชาการและประชาชนทุกหมู่เหล่าเพื่อจัดทำเป็นร่าง “พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ” ให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ตามรัฐธรรมนูญ โดยกำหนดให้ร่าง พรบ. ฉบับนี้ ต้องผ่านการพิจารณาให้ความเห็นชอบจากสภาผู้แทนราษฎรและสมาชิกวุฒิสภา เพื่อประกาศใช้เป็นกฎหมายที่ถือเป็นแม่บทาของการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2546 ในการนี้การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถือเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพโดยรวม จึงได้มีการจัดตั้งคณะทำงานขึ้นในเดือนกันยายน 2543 เพื่อศึกษาความเป็นไปได้และออกแบบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมี ศ.ดร.อัมมาร์ สยามวาลา นักวิชาการเกียรติคุณ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) เป็นประธานคณะทำงานชุดนี้

ในขณะที่คณะทำงานกำลังทุ่มเททำงานในเรื่องนี้ ได้เป็นช่วงที่มีการเลือกตั้งทั่วไปเพื่อให้ได้มาซึ่งคณะรัฐบาลชุดใหม่มาบริหารประเทศ พรรคการเมืองพรรคหนึ่ง เจ้าของสโลแกน “คิดใหม่ทำใหม่” ได้ชูแนวนโยบายของพรรคที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมอยู่หลายประเด็น หนึ่งในหลายประเด็น ที่มีความสำคัญมากต่อวงการสุขภาพและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบการจัดบริการสุขภาพอย่างขนานใหญ่ทั้งด้านบวกและด้านลบก็คือ นโยบาย “30 บาท รักษาทุกโรค” ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้พรรคการเมืองพรรคนี้ได้รับความนิยมอย่างสูงและชนะการเลือกตั้งอย่างถล่มทลาย มีจำนวนสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรที่ได้รับเลือกตั้งมากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนที่นั่งในสภาผู้แทนราษฎรสามารถจัดตั้งรัฐบาลได้ด้วยพรรคเพียงพรรคเดียว ซึ่งไม่เคยมีมาก่อนในประวัติศาสตร์การเมืองไทย

เมื่อมีการจัดตั้งรัฐบาลในเดือน มกราคม พ.ศ. 2544 และได้มีการแถลงนโยบายของรัฐบาลต่อสภาผู้แทนราษฎรแล้ว การทวงสัญญาประชาคมจากประชาชนต่อนโยบายหลัก ๆ ที่พรรคไทยรักไทยใช้ในการหาเสียง จึงถูกตั้งความคาดหวังไว้อย่างสูงโดยเฉพาะ โครงการ “30 บาท รักษา ทุกโรค” คณะทำงานคาดหวังว่าการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและค่อยเป็น

ค่อยไปและน่าจะใช้เวลาประมาณ 2-3 ปี เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับช่วงเปลี่ยนผ่านอย่างเป็นขั้นเป็นตอนเพื่อขยายระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ครอบคลุมประชากรส่วนที่ยังเข้าไม่ถึงอีกประมาณ 18 ล้านคน แต่ดูเหมือนช่วงเวลานี้ยาวนานกว่า 2 ปี ที่จำเป็นต้องใช้ ไม่อาจจะเป็นไปได้ในทางปฏิบัติสำหรับรัฐบาล เนื่องจากกระแสการถูกกดดันและถูกการเร่งรัดให้เริ่มดำเนินโครงการให้เสร็จในระยะเวลาอันสั้นเพื่อมิให้เกิดผลกระทบทางการเมืองที่พรรคฝ่ายค้านและภาคประชาชนกำลังจับจ้องอย่างใกล้ชิด รัฐบาลจึงประกาศเริ่มโครงการนำร่องระยะที่ 1 ใน 6 จังหวัด ได้แก่ พะเยา นครสวรรค์ ยโสธร ปทุมธานี สมุทรสาคร และยะลา ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2544 ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีโครงการศึกษาการปฏิรูประบบบริการสุขภาพอยู่ก่อนแล้ว โครงการนำร่องระยะที่ 2 ได้ถูกเร่งรัดให้ดำเนินการเพิ่มเติมตามมาอีกในพื้นที่ 15 จังหวัดในเดือนมิถุนายน 2544 ได้แก่ นนทบุรี สระบุรี สระแก้ว เพชรบุรี นครราชสีมา สุรินทร์ หนองบัวลำภู อุบลราชธานี อำนาจเจริญ ศรีสะเกษ สุโขทัย แพร่ เชียงใหม่ ภูเก็ตและนราธิวาส โดยมีสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนเข้าร่วมในโครงการ จากนั้นในเดือนตุลาคมปีเดียวกันรัฐบาลก็ได้ขยายโครงการฯ ออกไปจนครอบคลุมทุกจังหวัดที่เหลือ รวมถึงเขตกรุงเทพมหานคร ยกเว้นเฉพาะพื้นที่ที่เป็นเขตเมืองชั้นในที่เพิ่งจะขยายจนครบในเดือนเมษายน 2545

“โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค” ซึ่งเป็นชื่อที่เรียกเต็ม ๆ อย่างเป็นทางการตามนโยบายของรัฐบาล จึงมีกลุ่มเป้าหมายมุ่งไปที่ประชาชนที่อยู่นอกระบบประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ โดยรัฐบาลได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนนำในฝ่ายปฏิบัติการ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมอบหมายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพเป็นสำนักงานประสานงานรับผิดชอบการบริหารและการสนับสนุนการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่จังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศ ทั้งนี้ คณะกรรมการฯ ได้กำหนดหลักการสำคัญในโครงสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนี้

1. การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับ และเป็นเจ้าของร่วมกัน โดยมีเป้าหมายคือ สุขภาวะตามหลักการสุขภาพพอเพียง
2. ประชาชนต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับการที่มีคุณภาพและมีสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียนและใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้นที่ตนเองพึงพอใจ ใกล้บ้านหรือที่ทำงาน
3. สถานพยาบาลทั้งของรัฐบาลและเอกชนที่ให้บริการต้องมีมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ (Quality Accreditation)

4. ระบบประกันสุขภาพให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับต้น (Primary Care) เป็นจุดบริการด่านแรกที่ใช้บริการแบบผสมผสาน (ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ) กรณีที่เกินความสามารถ หน่วยบริการระดับต้น จะรับผิดชอบส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่สถานพยาบาลอื่น

5. สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับต้นด้วยตนเอง และหน่วยบริการระดับต้นกับสถานพยาบาลระดับอื่น ให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย (Provider Network)

6. ระบบการเงินการคลังต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ (Cost Containment System) และต้องระวังไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนความจำเป็น กลไกจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (Performance Related Payment)

7. สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงิน (Payment Mechanism) แก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน

ถึงแม้ว่า การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นสิ่งที่พึงประสงค์ของคนไทยทุกคน แต่การที่ฝ่ายการเมืองและผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องเร่งขยายโครงการออกไปอย่างรวดเร็วจนสามารถครอบคลุมประชากรทั้งประเทศในระยะอันสั้นเพียงแค่ 1 ปี ทั้งที่ยังขาดความพร้อมในเรื่องระบบฐานข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ระบบฐานข้อมูลที่จำเป็นเพื่อติดตามผลการให้บริการสุขภาพของแต่ละสถานบริการ การสร้างความเข้าใจในแนวคิดการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แนวทางการบริหารจัดการ โครงการ ฯ ร่วมกับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานบริการสุขภาพทุกระดับ การเตรียมความพร้อมและสร้างความเข้าใจในการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพภายในพื้นที่ การวางระบบการเงิน การคลังและระบบบัญชีมาตรฐานเพื่อจะสะท้อนถึงต้นทุนในการดำเนิน โครงการจริงและภาระค่าใช้จ่ายที่รัฐบาลจะต้องจัดสรรงบประมาณลงไปอย่างเพียงพอที่จะช่วยให้การขยายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นไปได้ภายใต้การควบคุมคุณภาพ มาตรฐาน และมีความเป็นธรรมเป็นต้น ด้วยเหตุนี้ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งเป็นองค์กรที่มีบทบาทในการสร้างองค์ความรู้ โดยใช้หลักวิชาการ และมีหน้าที่ที่จะต้องให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย การติดตามตรวจสอบ และประเมินนโยบายและ โครงการด้านสุขภาพที่อาจส่งผลกระทบต่อการพัฒนาสุขภาพของประเทศ จึงได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการติดตามและประเมิน โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะการเปลี่ยนผ่านในครั้งนี้ ซึ่งถือเป็นบทบาทที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะการพัฒนาระบบการประเมินผลโครงการอย่างใกล้ชิดเพื่อให้ทราบถึงผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบต่อระบบสุขภาพ จะใช้เป็นข้อมูลป้อนกลับไปสู่รัฐบาล นักการเมือง ผู้บริหารในแต่ละระดับ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและประชาชน

ผู้เป็นเจ้าของภาษี เพื่อพัฒนาและก้าวเดินไปในทิศทางของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้บรรลุหลักการสำคัญ 7 ข้อที่ได้กล่าวไปแล้ว เพื่อให้ได้ระบบการสร้างหลักประกันสุขภาพของประเทศที่มีความยั่งยืนมีคุณภาพ และเป็นธรรมสำหรับคนไทยทุกคนอย่างภาคภูมิใจร่วมกัน

จากผลการศึกษาของ รวีวรรณ ศิริสมบุญ และคณะ (2545) เรื่องการประเมินผลการดำเนินงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิของจังหวัดชลบุรี จำนวน 94 คน พบว่าการมีทัศนคติที่ดีต่อก่อนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ถ้ายอง นกหงษ์ (2546) เรื่อง บทบาทพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่มีโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรีเป็นคู่สัญญาหลักพบว่า การมีทัศนคติที่ดีเป็นปัจจัยที่ทำให้การปฏิบัติงานประสบความสำเร็จตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิและสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ไพรัตน์ พงษ์สวัสดิ์ (2546) เรื่องการศึกษากระบวนการจัดการของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรีพบว่า การมีทัศนคติที่ดีต่อก่อนนโยบายเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนางานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิให้ประสบความสำเร็จ

สำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้และทัศนคติกับการปฏิบัติที่ผ่านมามีผู้ศึกษาไว้หลายท่าน เช่น การศึกษาของ วรรณวิมล วิเชียรฉาย (2546) เรื่องความรู้และทัศนคติต่อปัญหาการกระทำรุนแรงในครอบครัว และการปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดจันทบุรี พบว่า ความรู้และทัศนคติสามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติงานของแพทย์และพยาบาลในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวได้ร้อยละ 15.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริัญญา บุญประชม (2545) เรื่องความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการบริโภคอาหารและสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรีย์ ชาติทองเหลือง (2542) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ กับการจัดระบบการควบคุมคุณภาพการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับคุณภาพการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการควบคุมคุณภาพของหัวหน้าหอผู้ป่วย

จากการการศึกษาดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การมีทัศนคติที่ดีก่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่ดีของบุคลากรและส่งผลให้การดำเนินงานของหน่วยงานประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ดังนั้น การมีทัศนคติที่ดีต่อก่อนนโยบายหลักประกันถ้วนหน้า จึงน่าจะเป็นปัจจัยอีกประการหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

ปัจจัยด้านการรับรู้บทบาทหน้าที่ด้านบริการพยาบาล

การรับรู้ (Perception) หมายถึง กระบวนการในการเลือกรับ การจัดระเบียบและการแปลความหมายสิ่งเร้าในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลเห็น ได้ยิน หรือมีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวข้องด้วยโดยผ่านอวัยวะของระบบประสาทสัมผัสอย่างใดอย่างหนึ่งแล้วเกิดความรู้สึกสัมผัสขึ้น (เทพนม เมืองแมน และ สวิง สุวรรณ, 2540) เป็นคำที่มีความหมายเกี่ยวกับจิตวิทยาสังคมและพฤติกรรม ตามพจนานุกรมของ เวบสเตอร์ (Webster's New World Dictionary, 1999, p. 1068) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ หมายถึง การแสดงถึงความรู้ ความเข้าใจ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง ซึ่งความรู้สึกจากการสัมผัสแต่อย่างเดียวไม่มีความหมายผู้รับสัมผัสต้องแปลความหมายของการสัมผัสนั้นโดยอาศัยตามประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิม ซึ่งมีความแตกต่างกันตามพื้นฐานและประสบการณ์ของแต่ละคน (กันยา สุวรรณแสง, 2542, หน้า 127) ทำนองเดียวกับความหมายของ จำเนียร ช่วงโชติ (2532, หน้า 69) หมายถึง การแปลหรือการตีความหมายของการสัมผัสหรืออาศัยสัมผัสที่คนได้รับออกมาเป็นสิ่งที่หนึ่งสิ่งใดที่มีความหมายหรือที่รู้จักเข้าใจกันโดยใช้ความรู้หรือประสบการณ์เดิมเป็นเครื่องช่วย เช่นเดียวกับความหมายของ ถักขณา สิริวัฒน์ (2539, หน้า 64) ที่กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึง อารมณ์สัมผัสที่มีความหมายเป็นที่รู้จักและเข้าใจกันและในการแปลหรือตีความหมายของการสัมผัสนั้นจำเป็นที่อินทรีย์จะต้องใช้ประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิม หากคนเราไม่มีความรู้เดิมหรือลืมเรื่องนั้น ๆ ไปก็จะ ไม่มีการรับรู้สิ่งนั้น ๆ

แกริสัน และมากูน (Garrison & Magoon, 1972, p. 637) ให้ความหมายของการรับรู้ว่า หมายถึง กระบวนการซึ่งทางสมองตีความหรือแปลความหมายข้อมูลที่ได้จากการสัมผัส (Sensation) ของร่างกาย (ประสาทสัมผัสต่าง ๆ) กับสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งเร้าทำให้เราทราบว่าสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมที่เราสัมผัสนั้นเป็นอะไร มีความหมายอย่างไร

จำเนียร ช่วงโชติ และคณะ (2526) กล่าวว่าไว้ว่า การรับรู้หมายถึง กระบวนการที่บุคคลได้นำเอาสิ่งที่ตนได้เห็น ได้ยิน ได้สัมผัส ได้รู้สึก จากสิ่งเร้าภายนอกตัวบุคคลเข้ามาจัดระเบียบและให้ความหมายโดยอาศัยประสบการณ์เดิมหรือความรู้สึกเดิมออกมาเป็นความรู้ความเข้าใจที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง ความหมายของการรับรู้ของ สุชา จันทรโสม (2540, หน้า 120) หมายถึง กระบวนการที่คนเรามีประสบการณ์กับวัตถุหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยอาศัยอวัยวะรับสัมผัส

โดยสรุปการรับรู้ หมายถึง การแปลความของการสัมผัส โดยใช้ประสบการณ์เดิมหรือการให้ความหมายกับสิ่งที่เขาได้รับโดยผ่านประสาทสัมผัส และการรับรู้นี้มีอิทธิพลนำไปสู่การกระทำต่าง ๆ ของบุคคล

กระบวนการรับรู้ (The Perception Process)

การรับรู้เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล ซึ่งไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง การรับรู้เป็นกระบวนการซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

จำเนียร ช่วง โชติ (2532, หน้า 70) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนองของบุคคลากร

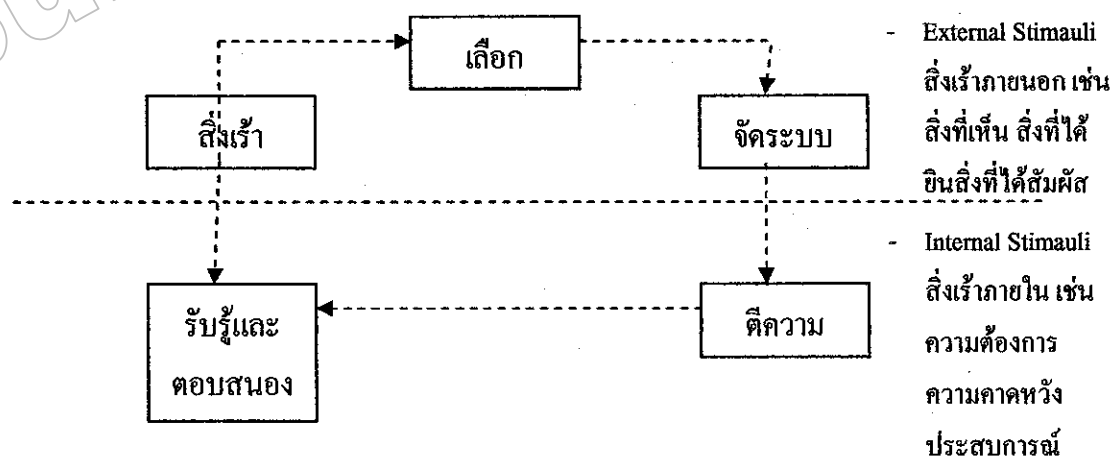
สิทธิโชค วรรณสันติกุล (2524, หน้า 59-65) ได้อธิบายกระบวนการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ

1. การเลือก (Selection) เป็นกระบวนการเลือกที่รับสิ่งเร้าทั้งหลาย
2. การจัดระบบ (Organization) คนเรามักจะจัดระบบสิ่งเร้าภายนอก 2 วิธี คือ

2.1 ภาพและพื้น (Figure and Ground) การที่คนเราแยกสิ่งเร้าที่เลือกมาเป็นส่วนที่มุ่งสนใจไปยังส่วนนั้นเป็นพิเศษ เรียกว่า ภาพ (Figure) และส่วนอื่น ๆ ที่เราไม่สนใจก็เป็นพื้น (Ground)

2.2 การทำให้ง่าย (Simplification) การรับรู้สิ่งเร้าภายนอก เข้ามารับจัดระบบอีกวิธีหนึ่งซึ่งเป็นแนวโน้มของคนทั่ว ๆ ไป คือการจัดสิ่งเร้านั้นให้อยู่ในรูปที่ง่ายมากขึ้น ตัดสิ่งที่เป็นรายละเอียดที่ซับซ้อนและสับสนทิ้งไป

3. การแปลความ (Interpretation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายในกระบวนการรับรู้ในขั้นนี้คนเราจะอาศัยคุณสมบัติที่อยู่ภายในตัวเองเช่น ทักษะ ทักษะการรับรู้ ความต้องการ ค่านิยม ฯลฯ เพื่อช่วยในการพิจารณาสิ่งเร้าภายนอก เพื่อผสมผสานสิ่งเร้าภายนอก ให้เข้ากับคุณสมบัติภายใน ดังนั้นการแปลความจึงเป็นเรื่องที่ขึ้นอยู่กับอัตวิสัย (Subjective) ของผู้รับสิ่งเร้าอย่างเดียวกันที่เสนอต่อบุคคลเหล่านั้นจะแปลความหมายแตกต่างกัน

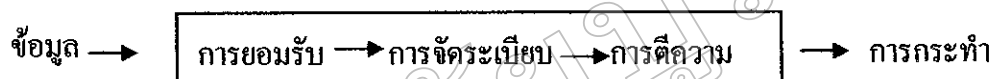


ภาพที่ 8 กระบวนการรับรู้

เชอร์เมอร์ฮอร์น, ฮันท์ และออสบอร์น (Schermerhorn, Hunt, & Osborn, 1991)

ได้กล่าวถึงกระบวนการรับรู้ว่า การรับรู้เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาเบื้องต้น ในการตีความสิ่งเร้าที่สัมผัสต่าง ๆ เพื่อสร้างประสบการณ์ที่มีความสำคัญสำหรับผู้รับรู้ การรับรู้เป็นสิ่งที่ทำให้ปัจเจกบุคคลมีความแตกต่างกัน ไม่มีบุคคลใดที่จะมีการรับรู้เหมือนกับบุคคลอื่นทีเดียวเพราะเมื่อบุคคลได้รับ สิ่งเร้าหรือสิ่งรับรู้ก็จะประมาณสิ่งรับรู้นั้นเป็นประสบการณ์ที่มีความหมายเฉพาะตัวเอง

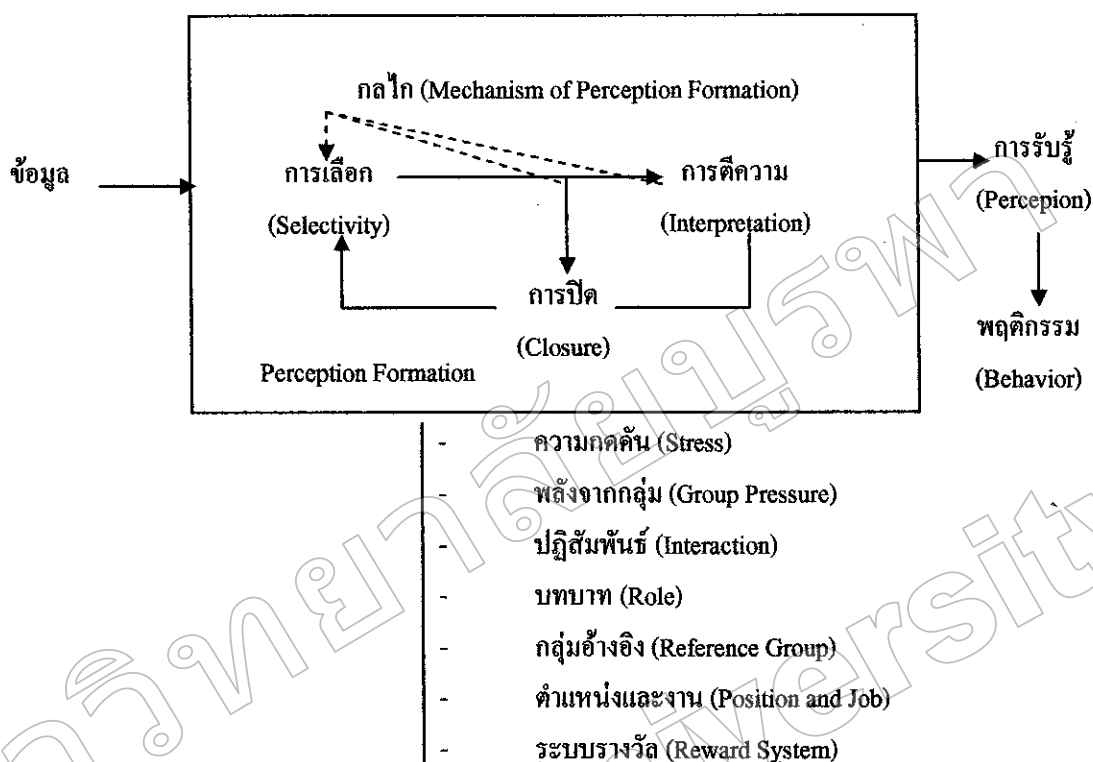
ดังภาพที่ 9



ภาพที่ 9 กระบวนการรับรู้ของเชอร์เมอร์ฮอร์น และคณะ (Schermerhorn et al., 1991)

ส่วน คาสท์ และ โรเซนไวท (Kast & Rosenzweig, 1985, p. 284) ได้กล่าวว่า การรับรู้เป็นพื้นฐานของความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรม เพราะว่าการรับรู้เกิดจากการตอบสนองของร่างกายของแต่ละบุคคลต่อสิ่งเร้า ซึ่งการรับรู้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล รูปแบบการเกิดการรับรู้และสาเหตุทำให้คนมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันคือ มีแรงกระทบจากภายนอกเช่น ความเครียด ในสถานการณ์นั้น ๆ ความกดดันจากกลุ่มและระบบรางวัล ประสบการณ์แต่ละบุคคลเป็นตัวแปลความหมายของสิ่งเร้าที่เข้ามาเกี่ยวข้องโดยตรง โดยกลไกของร่างกายจะทำการเลือกการแปลความหมายและประมวลการรับรู้ การเลือกรับรู้ของสิ่งเร้าจากภายนอกของบุคคลมีความสำคัญ เพราะแต่ละบุคคลจะเลือกรับรู้เฉพาะข้อมูลที่ตรงกับความต้องการและความพอใจ และจะปฏิเสธข้อมูลที่ไม่ต้องการหรือไม่พอใจ การตีความหรือแปลความหมายจากสิ่งเร้าจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิมและระบบคุณค่าของแต่ละบุคคล ระบบการปิดกั้นการประมวล การรับรู้ จะมีความสัมพันธ์ระหว่างภาพพื้นของเหตุการณ์ต่าง ๆ ของแต่ละบุคคลที่สนับสนุนการรับรู้สิ่งเร้าจากภายนอก ดังภาพที่ 10

ประสบการณ์เดิม (Past Experience)



ภาพที่ 10 กระบวนการรับรู้บทบาทของคาสท์ และ โรเซนไวท (Kast & Rosenzweig, 1985)

การรับรู้เป็นการแปลความหมายของสิ่งกระตุ้นมีผลทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาตอบสนอง คือ พฤติกรรมของบุคคล ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมตามที่รับรู้ (ลออ หุตางกูร, 2529) จึงกล่าวได้ว่าการปฏิบัติงานย่อมเกิดจากการรับรู้บทบาท

อรุณ รักธรรม (2528, หน้า 20) กล่าวว่า กระบวนการรับรู้จะเกิดขึ้นได้ต้องประกอบด้วย

1. การสัมผัสหรืออาการสัมผัส
2. ชนิดหรือธรรมชาติหรือสิ่งที่มาเร้า
3. การใช้ความรู้เดิมหรือประสบการณ์เดิมเพื่อแปลความหมาย

กระบวนการรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล ประกอบด้วยสิ่งเร้าหรือข้อมูล นำมาสู่การสัมผัส การเลือก การจัดระบบ การแปลความตีความหรือการให้คุณค่าโดยอาศัยปัจจัยต่าง ๆ ที่อยู่ภายในและภายนอกตัวบุคคลมาแปลความหรือตีความสิ่งเร้านั้น ให้กลายมาเป็นสิ่งที่รับรู้ซึ่งอาจตอบสนองออกมาในรูปของความคิด การคาดคิดหรือการกระทำซึ่งการรับรู้บทบาทของพยาบาลวิชาชีพก็ต้องตีความและให้คุณค่าโดยใช้ความลึควิจารณญาณแล้วจึงแสดงออกด้วยการกระทำ

การรับรู้บทบาทหน้าที่ด้านบริการพยาบาลเป็นคุณลักษณะเฉพาะที่สำคัญทางจิตอย่างหนึ่งของผู้ประกอบการพยาบาล ซึ่งจะทำให้ผู้ประกอบการพยาบาลปฏิบัติงานการพยาบาลด้วยความรู้ความสามารถ รู้เหตุและผลของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแต่ละอย่าง มีความรู้สึกสำนึกในความรับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลทั้งผลที่เกิดขึ้นต่อผู้รับบริการและครอบครัว วิชาชีพ องค์การหรือหน่วยงาน ผู้ร่วมงานและสังคมหรือชุมชน (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2546)

บทบาทหน้าที่ด้านบริการพยาบาล

สุดา เสนี (2542) ได้ให้ความหมายของคำว่าบทบาทและหน้าที่ไว้ดังนี้ บทบาท (Role) หมายถึง แบบแผนพฤติกรรม หรือการประพฤติปฏิบัติที่บุคคลอื่น ๆ รวมทั้งสถานภาพ หรือตำแหน่งที่ตนดำรงอยู่ ซึ่งในแต่ละบุคคลหรือแต่ละตำแหน่งอาจประกอบด้วยบทบาทหลาย ๆ บทบาทในบุคคลเดียวกัน และแต่ละบทบาทต้องประกอบด้วยหน้าที่หลาย ๆ หน้าที่

หน้าที่ (Function) หมายถึง สิ่งที่ต้องกระทำตามลักษณะของงานที่ได้รับมอบหมาย หรือสิ่งที่ต้องการลงมือปฏิบัติในกิจกรรมย่อย ซึ่งถูกกำหนดไว้ทุกกิจกรรม เมื่อปฏิบัติกิจกรรมย่อยในหน้าที่ต่าง ๆ จนบังเกิดผลขึ้นมาทั้งผลดีหรือไม่ดีก็ตาม ผู้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นต้องมีความรับผิดชอบต่อผลอันเกิดจากการกระทำนั้น ๆ ทั้งสิ้น

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2545) กล่าวถึง บทบาทพยาบาลวิชาชีพคือกิจกรรมการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ที่เป็นอิสระ หรือเป็นเอกสิทธิ์ทางการพยาบาลและเป็นกิจกรรมตามหน้าที่ที่ไม่อิสระต้องพึ่งพากันในทีมสุขภาพ การร่วมกันกำหนดบทบาทที่ชัดเจนของพยาบาลวิชาชีพจะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพสามารถดำรงไว้ซึ่งเอกสิทธิ์ และเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาลไว้ได้ ซึ่งทัศน บุญทอง (2545) กล่าวว่าบทบาทพยาบาลวิชาชีพในทศวรรษหน้าควรทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชาชน พัฒนาระบบการพยาบาลในระดับปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพพัฒนาศักยภาพในระดับปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง และพัฒนานวัตกรรมและองค์ความรู้

การเปลี่ยนแปลงในระบบบริการทางสุขภาพมีผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ ความเหลื่อมล้ำในการปฏิบัติงานตามขอบเขตและหน้าที่ความรับผิดชอบอาจทำให้เกิดความสับสนขึ้นในการปฏิบัติงาน จนบางครั้งอาจจะบ่งชี้ไม่ได้ว่าใครควรปฏิบัติอะไร หรือไม่อาจแยกแยะกิจกรรมที่เป็นอิสระของวิชาชีพการพยาบาลออกมาได้ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2526) พยาบาลวิชาชีพจึงควรได้ตระหนักว่าอะไรคือกิจกรรมการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ที่เป็นอิสระ หรือเป็นเอกสิทธิ์ทางการพยาบาล กิจกรรมใดเป็นกิจกรรมตามหน้าที่ที่ไม่เป็นอิสระต้องพึ่งพาต่อกันในทีมสุขภาพ (นันทนา น้าฝน, 2544)

การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในปัจจุบันได้มีการพัฒนามาเป็นลำดับตามการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านบริการสุขภาพของประชาชน และตามความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการทางการพยาบาลจึงกว้างขวางขึ้นครอบคลุมการให้บริการแก่ประชาชนทุกระดับและทุกด้าน โดยให้บริการทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพบุคคลให้บริการทั้งแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน จากบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพที่ขยายออกไปอย่างกว้างขวางนั้น พอสรุปบทบาทหลักของพยาบาลวิชาชีพได้ว่า พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทหลัก 3 ประการ คือ (นันทนา น้าฝน, 2544)

1. บทบาทการเป็นผู้ให้บริการการพยาบาลแก่ผู้รับบริการ โดยครอบคลุมการบริการ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพบุคคล
2. การเป็นผู้บริหารงานทางการพยาบาล
3. การเป็นนักวิชาการทางการพยาบาล

การจัดระบบบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิทั้งในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิและในชุมชนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและสร้างความเข้มแข็งในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพให้แก่ชุมชนนั้น ๆ พยาบาลวิชาชีพในฐานะผู้ให้บริการด้านการพยาบาลมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้ (พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540, 2540; ทศนา บุญหลง, 2544; สุนทราวดี เขียวพิเชษฐ, 2544; สภาการพยาบาล, 2544; กองการพยาบาล, 2545)

1. ดำเนินการสำรวจ วินิจฉัยปัญหา วางแผนดำเนินการแก้ไขปัญหอนามัยชุมชนและประเมินผลการดำเนินงานรวมทั้งเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพของชุมชนโดยใช้ความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาลร่วมกับศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและผลการวิจัยร่วมกับประสบการณ์โดยความร่วมมือของบุคคล ครอบครัว และชุมชน
2. เยี่ยมบ้าน เพื่อให้บริการพยาบาลที่บ้านเป็นรายบุคคล ครอบครัวทั้งกลุ่มที่อยู่ในภาวะปกติและกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย และจิตใจ รวมถึงผู้ป่วยหรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพที่ต้องการการดูแล โดยการใช้ทักษะ ในการให้บริการพยาบาล
3. วางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลตามปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยตามความรุนแรงของโรคและปัญหาของชุมชน ดำเนินการประเมินผลการพยาบาลที่บ้านและปรับแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทันต่อการเปลี่ยนแปลงโดยนำแนวคิดหรือทฤษฎีทางการพยาบาล และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งนำผลการวิจัยใช้ในการวางแผนและให้บริการพยาบาลในชุมชนเพื่อรักษาไว้ซึ่งคุณภาพของการพยาบาล

4. ทำงานร่วมกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง องค์กรชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชนรวมทั้งแหล่งประโยชน์บุคคลในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ประสานงานกับทีมสุขภาพ รายงานปัญหาของชุมชนหรือปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญที่จะต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ผลของการให้บริการและข้อมูลสำคัญอื่น ๆ เพื่อร่วมวางแผนในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพของชุมชนที่รับผิดชอบ

6. ร่วมมือกับทีมสุขภาพ สมาชิกในครอบครัวและแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของชุมชน โดยการส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

7. ประเมิน วิเคราะห์ค้นหาสาเหตุความเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน รวมทั้งผู้ป่วยหรือผู้มีปัญหาสุขภาพที่ต้องการการดูแลทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน

8. มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เพื่อควบคุมการระบาดของโรคที่เกิดขึ้นในชุมชน

9. คัดกรองผู้ป่วยและผู้มีปัญหาสุขภาพตามอาการและความรุนแรงของโรค ตรวจวินิจฉัย ทำการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ภายใต้ข้อกำหนดตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขเพื่อการรักษาและส่งต่อ

10. เป็นผู้นำในการสร้างและใช้เกณฑ์มาตรฐานในการประเมินคุณภาพบริการสุขภาพ และผลลัพธ์ของบริการสุขภาพของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และในชุมชน

11. ให้คำแนะนำและให้ความช่วยเหลือทีมสุขภาพในการแก้ปัญหา เพื่อรักษาคุณภาพของบริการสุขภาพ

12. ร่วมกับหน่วยงาน/ องค์กร ที่เกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพแก่ชุมชน สรุปได้ว่า การรับรู้บทบาทหน้าที่ด้านบริการพยาบาลในงานวิจัยนี้หมายถึง กระบวนการให้ความหมายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน เกี่ยวกับบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ โดยเน้นด้านการให้บริการพยาบาล

จากการประชุมเพื่อสรุปสภาพปัญหาของการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในปัจจุบันของสำนักโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขพบว่า เจ้าหน้าที่ทั้งในส่วนสถานีนอมาลัยและโรงพยาบาลที่ไปสนับสนุนงานหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ยังไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนและการร่วมมือทำงานเป็นทีมยังไม่ชัดเจน ทำให้การปฏิบัติงานไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ (ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ จากหลักการสู่การปฏิบัติ (2545, มีนาคม-เมษายน) โรงพยาบาลชุมชน) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รวีวรรณ ศิริสมบุรณ์ และคณะ (2545) เรื่องการประเมินผลการดำเนินงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิของจังหวัดสระบุรีพบว่า เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานใน

หน่วยบริการระดับปฐมภูมิขาดความพร้อมด้านการรับรู้บทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน มีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 80.9) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อัมพันธ์ สัจจิวิวรรณ (2545) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานตามโครงสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิจังหวัดพระนครศรีอยุธยาพบว่า เจ้าหน้าที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่มีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่แตกต่างกัน มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น ระดับความเข้าใจในบทบาทหน้าที่จึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การปฏิบัติงานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในปัจจุบันยังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมาย เนื่องจากบุคลากรที่ไม่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิยังขาดการรับรู้บทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนทำให้การปฏิบัติงานเกิดความสับสนและซ้ำซ้อนกัน ดังนั้นการรับรู้บทบาทหน้าที่ด้านบริการพยาบาลจึงน่าจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

ปัจจัยด้านความเพียงพอของทรัพยากร

ความเพียงพอของบุคลากร

การขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพในชนบทนั้นเป็นอุปสรรคสำคัญยิ่งในการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัยในชนบท และส่งผลกระทบต่อ การสร้างความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพระหว่างเมืองและชนบทเป็นอย่างมาก ปัญหาดังกล่าวพบในบุคลากรทุกวิชาชีพ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรรวมทั้งวิชาชีพพยาบาล หากต้องการสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพของคนชนบทแล้ว การกระจายทรัพยากร งบประมาณและบุคลากรตามจำนวนประชากรที่สถานบริการนั้น ๆ ต้องรับผิดชอบตามหลักการของระบบข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ (GIS) น่าจะเป็นทางออกที่ดีที่สุด ซึ่งในทางทฤษฎีแล้วได้รับการยอมรับในหลักการนี้จากทุกฝ่าย แต่ในทางปฏิบัติกลับมีการจัดสรรทรัพยากรและบุคลากรตามแนวทางเดิมคือ เมืองใหญ่ได้มากชนบทได้น้อยเช่นเดิม (การกระจายพยาบาลปี 2546 (2546, พฤษภาคม-มิถุนายน) โรงพยาบาลชุมชน)

สำหรับวิชาชีพพยาบาลแล้วนับว่าเป็นวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะเมื่อแรกเริ่มมีนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค เน้นสถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจ มีความพยายามที่จะให้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิหรือสถานอนามัยมีพยาบาลวิชาชีพประจำเพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของประชาชนไม่เฉพาะงานรักษาโรคเท่านั้น แต่รวมถึงงานส่งเสริมสุขภาพด้วย ซึ่งนับเป็นการเปิดมิติที่สำคัญยิ่งกับบทบาทของพยาบาลในการเป็นพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นบทบาทใหม่ที่ก้าวไกลกว่าการเป็นพยาบาลในหอผู้ป่วยหรือในโรงพยาบาล

เท่านั้นแต่บทบาทใหม่ของพยาบาลในการเป็นพยาบาลชุมชนนั้นต้องอาศัยการจัดการและการจัดวางอัตราค่าจ้างจากกระทรวงสาธารณสุขอย่างจริงจังจึงจะเกิดขึ้นได้ (การกระจายพยาบาลปี 2546 (2546, พฤษภาคม-มิถุนายน) โรงพยาบาลชุมชน)

จากมาตรฐานและแนวทางการจัดบริการปฐมภูมิของ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2545) ได้กำหนดอัตราส่วนของบุคลากรประเภทต่าง ๆ ต่อประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบดังนี้

1. มีพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ขั้นต่ำคือมีคุณวุฒิในระดับประกาศนียบัตรด้านสาธารณสุข) เป็นทีมให้บริการที่ต่อเนื่องในอัตราส่วน ไม่น้อยกว่า 1: 1,250 และในจำนวนนี้ให้เป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 ใน 4
2. อย่างน้อย 3 ใน 4 ของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในข้อ 1 จะต้องทำงานประจำในหน่วยบริการระดับปฐมภูมินั้น ๆ
3. มีแพทย์ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิหรือในเครือข่ายของบริการปฐมภูมิร่วมรับผิดชอบเป็นทีมสุขภาพ ให้คำปรึกษาในการดำเนินงานในอัตราส่วน 1: 10,000 ในพื้นที่ทุรกันดารและหรือไม่สามารถหาแพทย์มาให้บริการได้ ให้จัดพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพ 2 คนต่อแพทย์ 1 คน เพิ่มเติมจากข้อ 1 แต่ทั้งนี้ต้องมีแพทย์ไม่น้อยกว่า 1: 30,000 (แพทย์มีบทบาทรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนร่วมกับทีมบุคลากรอื่น ๆ เป็นผู้กำกับคุณภาพการบริการให้คำปรึกษาในการบริการ ส่วนบทบาทให้บริการโดยตรงขึ้นกับจำนวนแพทย์ที่มี และควรปรับให้สอดคล้องกับศักยภาพของหน่วยบริการที่มีในพื้นที่)
4. มีทันตแพทย์ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิหรือในเครือข่ายของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ในอัตราส่วน 1: 20,000 ในพื้นที่ที่มีทันตแพทย์ไม่เพียงพอให้มีทันตภิบาลปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วน ทันตภิบาล 2 คนต่อทันตแพทย์ 1 คน แต่ทั้งนี้ต้องมีทันตแพทย์ร่วมกำกับดูแลไม่น้อยกว่า 1: 40,000 คน
5. มีเภสัชกรในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิหรือในเครือข่ายของบริการปฐมภูมิร่วมให้บริการและรับผิดชอบงานเภสัชกรรมและการคุ้มครองผู้บริโภคในอัตราส่วน 1: 15,000 ในพื้นที่ที่มีเภสัชกรไม่เพียงพอ ให้มีเจ้าพนักงานเภสัชกรรมหรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับการอบรมด้านเภสัชกรรมเบื้องต้นปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วนเจ้าพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ 2 คนต่อเภสัชกร 1 คน แต่ทั้งนี้ต้องมีเภสัชกรร่วมกำกับดูแล ไม่น้อยกว่า 1: 30,000 คน

ความเพียงพอของบุคลากรในการงานวิจัยครั้งนี้หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพถึงความเหมาะสมของจำนวนบุคลากรในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เมื่อเปรียบเทียบกับภาระงานที่รับผิดชอบ

จากการทบทวนความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของบุคลากรกับการปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งได้มีผู้ศึกษาไว้หลายท่าน เช่น การศึกษาของ ศศิวิมล ชูตินันท์กุล (2547) เรื่อง องค์ประกอบการวางแผนการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิของผู้รับผิดชอบหลัก โรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ พบว่า อัตราากำลังพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วราลี วิริยานันตะ (2547) เรื่อง การรับรู้บทบาทและบทบาทที่ปฏิบัติจริงของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนภาคตะวันออก พบว่า ศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่มีบุคลากรไม่เพียงพอ ทำให้พยาบาลวิชาชีพไม่สามารถปฏิบัติงานตามบทบาทได้ครบถ้วน สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาวัลย์ เสนารัตน์ และคณะ (2546) เรื่องการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ: กรณีศึกษาภาคเหนือ พบว่าการขาดแคลนบุคลากรเป็นปัญหาที่สำคัญต่อการปฏิบัติงาน ทำให้การดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด และสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญแข ลากยัง และ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2546) เรื่องการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนในหนึ่งปีแรกของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ศูนย์สุขภาพชุมชนขาดแคลนบุคลากรทั้งจำนวนและทักษะความสามารถ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงานของศูนย์สุขภาพชุมชนให้ประสบผลสำเร็จ

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่า การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมียังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมาย เนื่องจากมีบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิไม่เพียงพอ ดังนั้นความเพียงพอของบุคลากรจึงน่าจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

ความเพียงพอของอุปกรณ์การปฏิบัติงาน

อุปกรณ์ตลอดจนเครื่องมือเครื่องใช้ในการปฏิบัติงานเป็นสิ่งจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจที่จะปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ (Bernard, 1966) ซึ่งถ้ามีอุปกรณ์การปฏิบัติงานครบครันวางไว้เป็นระเบียบสะดวกต่อการใช้งาน และมีนวัตกรรมใหม่ ๆ เจิดสร้างสรรค์จะทำให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Shubin, 1978 อ้างถึงใน วนิภา ว่องวณิช, 2533, หน้า 23)

คาสปาร์ (Kaspar, 1983) ได้ให้แนวคิดว่า การปฏิบัติการพยาบาลมีอุปสรรคจากเครื่องมือเครื่องใช้ อุปกรณ์ต่าง ๆ และสัดส่วนระหว่างจำนวนเจ้าหน้าที่พยาบาลกับจำนวนผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมจะทำให้พยาบาลเกิดความเบื่อหน่าย ซึ่งทำให้มีผลเสียต่อการปฏิบัติงาน และมีอาการแสดงของความไม่สบายทางด้านร่างกายได้

จากมาตรฐานและแนวทางการจัดบริการปฐมภูมิของ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2545) ได้กำหนดมาตรฐานด้านอุปกรณ์ อาคาร สถานที่ ดังนี้

1. มีการจัดอุปกรณ์ เครื่องมือ เพื่อการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐานและมีระบบที่ป้องกันการติดเชื้อ
2. มีสถานที่ตรวจรักษา ให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วน สะอาด และมีพื้นที่ให้บริการที่พอเพียง
3. มีระบบการติดต่อสื่อสาร ที่สามารถขอรับคำปรึกษาจากหน่วยบริการในเครือข่าย เดียวกันอย่างรวดเร็ว
4. มีการจัดการให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลในกรณีฉุกเฉินได้ อย่างรวดเร็ว

บัญชีรายชื่อ เครื่องมือ เครื่องใช้และอุปกรณ์ที่จำเป็นตามมาตรฐานขั้นต่ำในการรับสัญญา เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

1. บริเวณที่ทำบัตร-จ่ายยา
 - 1.1 ผู้สำหรับเก็บประวัติผู้มารับบริการที่สามารถค้นหาง่าย และเก็บรักษาไว้ไม่น้อยกว่า 5 ปี
 - 1.2 ผู้สำหรับเก็บเวชภัณฑ์พร้อมอุปกรณ์การจ่ายยาแก่ผู้มารับบริการอย่างมีคุณภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐาน
 - 1.3 มีเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพ ไม่หมดอายุ
2. ห้องตรวจโรคและปฐมพยาบาล
 - 2.1 โต๊ะ เก้าอี้ เพียงสำหรับตรวจโรค พร้อมสิ่งอำนวยความสะดวกครบ
 - 2.2 อ่างล้างมือ และสบู่
 - 2.3 ชุดสำหรับตรวจ (หูฟัง, เครื่องตรวจตา หู คอ จมูก, ไม้กดลิ้น, ไฟฉาย, เครื่องวัด ความดันโลหิต, ปรีทวัดอุณหภูมิ, ไม้เคาะเข่า)
 - 2.4 เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง วัดสายตา (Snellen Chart/ E-Chart)
 - 2.5 ตู้เย็น สำหรับเก็บเวชภัณฑ์หรืออุปกรณ์ที่ต้องเก็บรักษาในอุณหภูมิต่ำ
 - 2.6 ชุดช่วยชีวิตฉุกเฉิน (รายละเอียดแนบท้าย)
 - 2.7 ชุดผ่าตัดเล็กและอุปกรณ์ทำแผลเบื้องต้น
 - 2.8 ชุดตรวจภายใน ตรวจมดลูกและ Pap Smear
 - 2.9 โคมไฟตรวจภายใน
 - 2.10 Resuscitation Set
 - 2.11 Nebulizer
 - 2.12 ชุดตรวจคัดกรองเบื้องต้นสุขภาพจิต
 - 2.13 อุปกรณ์สำหรับฆ่าเชื้อ เช่น ตู้อบ เครื่องนึ่ง หรือ หม้อต้ม อย่างใดอย่างหนึ่ง

2.14 ถึงขยะแยกประเภท

ความเพียงพอของอุปกรณ์การปฏิบัติงานในงานวิจัยครั้งนี้หมายถึง การรับรู้ถึงความเหมาะสมของจำนวนวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิของพยาบาลวิชาชีพเมื่อเทียบกับภาระงานที่รับผิดชอบ

จากผลการศึกษาของ พรทิพย์ รัตนวิชัย (2546) เรื่องกิจกรรมการให้บริการของบุคลากรในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิโรงพยาบาลพิจิตร ผลการศึกษาพบว่า การขาดแคลนอุปกรณ์การปฏิบัติงานเป็นอุปสรรคและปัญหาในการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สอดคล้องกับผลการรายงานการติดตามและประเมินผลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่ 1 ของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2547) พบว่า ความไม่เพียงพอของอุปกรณ์การปฏิบัติงานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิหลายแห่งทำให้แพทย์และพยาบาลไม่สามารถให้บริการแก่ผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุมและสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วราลี วิริยานันตะ (2547) เรื่องการรับรู้บทบาทและบทบาทที่ปฏิบัติจริงของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า หน่วยบริการระดับปฐมภูมิเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหาด้านการให้บริการแก่ประชาชนเนื่องจากมีบุคลากรและอุปกรณ์การปฏิบัติงานไม่เพียงพอ ความเพียงพอของงบประมาณ

งบประมาณ (Budgeting) หมายถึง แผนงานของผู้บริหารที่จัดทำขึ้นเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งในอนาคต โดยการจัดทำในส่วนที่เกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากรที่เป็น ตัวเงินให้กับงานและหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้การดำเนินงานของหน่วยงานนั้น ๆ บรรลุวัตถุประสงค์ และเป้าหมายขององค์การตามกำหนดไว้ (เกริกเกียรติ พิพัฒน์เสรีธรรม, 2543) ความเพียงพอของงบประมาณจึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำเนินงานของสถานบริการสุขภาพทุกระดับรวมทั้งหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2547) แนวทางการกำหนดมาตรฐานทางการเงินเบื้องต้น (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545)

การจัดการทางการเงินเป็นมาตรการสำคัญที่จะสนับสนุนส่งเสริมให้การจัดการบริการเป็นไปตามแนวทางที่ควรจะเป็น วิธีการจัดการบริหารจัดการ และการจัดสรรงบประมาณอาจมีได้หลายรูปแบบ คือ

รูปแบบที่ 1 เป็นการจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) รวมทั้งระดับจังหวัดทั้งหมด หรือ

รูปแบบที่ 2 เป็นการจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ในจังหวัดและแยกรายงบประมาณเป็นกองทุนสุขภาพปฐมภูมิและกองทุนบริการสุขภาพในโรงพยาบาลซึ่งรายละเอียดของการจัดสรรทั้ง 2 กองทุนมีดังต่อไปนี้

1. กองทุนสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งอาจมีวิธีการย่อยได้อีกคือ เป็นเหมาจ่ายรายหัวที่ระดับปฐมภูมิ 2 ระดับ คือ

1.1 การเหมาจ่ายรายหัว ระดับแรกที่ สถานบริการสุขภาพแม่ข่าย

1.2 จากนั้นจึงจัดสรรส่วนหนึ่งของเงินเหมาจ่ายรายหัว ไปยังสถานบริการสุขภาพลูกข่าย (PCU) ตามจำนวนประชากร อีกส่วนหนึ่งยังเก็บไว้ที่สถานบริการสุขภาพแม่ข่าย

2. กองทุนบริการสุขภาพในโรงพยาบาล

การจัดสรรของกองทุนบริการสุขภาพในโรงพยาบาลอาจจ่ายตามระบบบัญชีรายชื่อโรค (DRG), Global Budget (กรณีโรงพยาบาลรัฐ) หรือวิธีการอื่น ๆ

โดยกองทุนทั้งสองนี้ อาจจัดให้มีกองทุนร่วม (Joint Investment Fund) สำหรับบริการที่อาจซ้ำซ้อนหรือการส่งต่อ

สำหรับบทบาทหน้าที่ทางด้านการบริหาร และการจัดการทางการเงินขององค์กรต่าง ๆ ในโครงสร้างที่เป็นข้อเสนอข้างต้น ขยายความในรายละเอียดดังนี้

1. สำนักงานประกันสุขภาพระดับจังหวัด ทำหน้าที่ดูแลกองทุนประกันสุขภาพระดับจังหวัด ซึ่งได้รับการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวในเรื่องสุขภาพทั้งหมด ยกเว้นกรณีค่าใช้จ่ายสูงหรือรายการบางรายการที่รัฐกำหนด (ในกรณีที่สำนักงานกองทุนสุขภาพเป็นองค์กรในการกำกับของคณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัด อาจจะกำหนดบทบาททางการเงินการคลังให้สอดคล้องกับท้องถิ่นมากขึ้นทั้งในด้านสาธารณสุข การพัฒนาสุขภาพ การประเมินผลการบริการสาธารณสุขและการพัฒนาระบบบริหารจัดการ) ทั้งนี้สำนักงานกองทุนประกันสุขภาพระดับจังหวัดจะแยกองค์กรออกเป็น 2 องค์กรคือ สำนักงานกองทุนสุขภาพปฐมภูมิและสำนักงานกองทุนบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ซึ่งรายละเอียดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่และวิธีการดำเนินงานขององค์กรทั้งสองจะได้ขยายความต่อไป แต่อย่างไรก็ตามมีข้อเสนอว่ากองทุนทั้ง 2 กองทุนจะได้รับจัดสรรเงินในลักษณะเหมาจ่ายรายหัวแยกจากกันตามภารกิจ แต่อาจมีการตั้งกองทุนร่วมกันเพื่อดูแลค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดจากการส่งต่อหรือการให้บริการที่อาจซ้ำซ้อนกัน

2. สำนักงานกองทุนสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care Fund) เป็นองค์กรที่มีภาระหน้าที่รับผิดชอบภารกิจทางด้านสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care) ทั้งในส่วนของการบริการสุขภาพแบบเวชปฏิบัติครอบคลุม ผู้ป่วยนอก การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การดูแลสุขภาพที่บ้านตลอดจนการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านสุขภาพหรือภารกิจการรณรงค์ทางด้านสุขภาพ การที่กองทุนสุขภาพปฐมภูมิจะสามารถดำเนินการจัดการให้มีบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพได้จำเป็นต้องมีหน่วยนี้รับผิดชอบงบประมาณแบบเหมาจ่ายต่อหัวประชากร แยกจากรายการของการรักษาแบบผู้ป่วยใน บริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยงบประมาณควรครอบคลุม

บริการสุขภาพส่วนบุคคล การบริการสุขภาพของชุมชน ค่ายา ค่ายรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก การส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรค

สำนักงานกองทุนสุขภาพปฐมภูมิ ทำหน้าที่จัดให้มีหน่วยบริการเครือข่ายบริการปฐมภูมิในระดับพื้นที่ ซึ่งทำหน้าที่รับผิดชอบประชากรตามลักษณะภูมิประเทศหรือประชากรประมาณ 25,000-200,000 คน ขึ้นอยู่กับพื้นที่ ในกรณีที่เป็นจังหวัดใหญ่มีประชากรมากอาจมีหลายหน่วยบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

สำนักงานกองทุนสุขภาพปฐมภูมิ จะทำหน้าที่บริหารงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับบริการปฐมภูมิทั้งหมด คือส่วนหนึ่งจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการเครือข่ายบริการปฐมภูมิแบบเหมาจ่ายตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบและอีกส่วนหนึ่งจัดให้มีงบประมาณเป็นกองทุนเพื่อดำเนินการสาธารณสุขอื่นที่ไม่ครอบคลุมโดยหน่วยบริการเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ

3. หน่วยบริการเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care Co-Operation)

จะได้รับงบประมาณจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ตามจำนวนประชากร ตามภารกิจที่ได้รับและมีหน้าที่ตามจ่ายแทนหน่วยบริการตามรายการที่ได้กำหนดขึ้น แต่สำนักงานบริหารเครือข่ายสามารถจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวประชากรให้กับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิได้ โดยเฉพาะการบริการสุขภาพส่วนบุคคล ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ซึ่งสามารถคำนวณให้สอดคล้องกับค่าใช้จ่ายพื้นฐานของหน่วยบริการ ไม่รวมค่ายา หน่วยบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิมีบทบาทในการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มีในพื้นที่เช่นศูนย์บริการสาธารณสุข สถานีอนามัย คลินิก ร้านขายยา องค์กรสุขภาพต่าง ๆ ในพื้นที่ ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคโดยอาศัยมาตรการทางการเงิน อย่างไรก็ตามกรณีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่มีความพร้อมมากอาจทำสัญญาโดยตรงกับกองทุนสุขภาพปฐมภูมิ โดยไม่อยู่ในเครือข่าย

หน่วยบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเชื่อมโยงหน่วยบริการระดับปฐมภูมีย่อย ๆ ในพื้นที่ให้สามารถประสานงานดำเนินงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำเป็นต้องมีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพ แต่การที่หน่วยบริการย่อย ๆ ซึ่งรับลงทะเบียนประชากร โดยมีการติดต่อจากผู้ซื้อบริการที่อยู่ห่างกันมากจะทำให้เกิดปัญหาทั้งการเชื่อมโยงค่าใช้จ่ายของการจัดการหน่วยย่อย ปัญหาของการประสานงาน การติดตามประเมินผล ฯลฯ การจัดตั้งองค์กรที่เป็นองค์กรบริหารและประสานเครือข่ายทั้งภายในบริการปฐมภูมิเองและโรงพยาบาล จะทำให้การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเข้มแข็งขึ้นและเกิดหลักประกันแก่ประชาชน

หน่วยบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิซึ่งอาจเริ่มจากการรวมกลุ่มของโรงพยาบาล ชุมชน สถานีอนามัย คลินิก ท้องถิ่น ชุมชน แล้วจัดตั้งเป็นคณะกรรมการและสำนักงานบริหาร

เครือข่ายปฐมภูมิ ซึ่งจะมีบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบต่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นเรื่องการบริหารจัดการงบประมาณของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ สามารถขยายความในรายละเอียดได้ดังต่อไปนี้

1. จัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ที่ครอบคลุมบริการพื้นฐานของบริการปฐมภูมิ ไปยังหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ที่ให้บริการสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายพื้นฐานด้านต่าง ๆ ได้แก่

1.1 ค่าจ้าง

1.2 ค่าบริหารจัดการ

1.3 ค่าตอบแทนใช้สอยต่าง ๆ อาจจ่ายเป็นรายงวด

2. ค่ายาและเวชภัณฑ์

2.1 จ่ายตามรายการให้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ กรณีมีการจ่ายยา หรือการใช้การเหมาจ่ายต่อหัวขึ้นกับความเหมาะสมของหน่วยบริการ

2.2 จ่ายให้ร้านขายยา

2.3 ตามจ่ายกรณีส่งต่อไปโรงพยาบาล

3. กรณีส่งต่อไปโรงพยาบาล หรือ สถานพยาบาลอื่นนอกเครือข่าย

3.1 ตามจ่ายกรณีผู้ป่วยนอก ทั้งค่ายาและค่าตรวจรักษาให้โรงพยาบาล

3.2 ตามจ่ายให้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ อื่น ๆ หรือหน่วยบริการเครือข่ายอื่น

3.3 กรณีส่งต่ออาจนำมาคิดค่าลดหย่อนหรือเพิ่มการจ่ายค่าวงให้เงินเหมาจ่าย

โดยเฉพาะส่วนค่าตรวจของแพทย์

4. งบประมาณจัดการ

5. งบประมาณส่งเสริม ป้องกัน และการรณรงค์ทางสาธารณสุขที่จำเป็นในพื้นที่

6. งบประมาณสนับสนุนองค์กรสุขภาพในชุมชน

(รายการงบประมาณในข้อ 3, 4, 5 อาจแยกส่วนหนึ่งบริหารรวมที่กองทุนสุขภาพปฐมภูมิ หรือระดับจังหวัด)

สำนักงานกองทุนบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ทำหน้าที่ดูแลและบริหารจัดการบริการที่เกิดขึ้นโดยโรงพยาบาลในเครือข่ายทั้งหมด หน่วยนี้รับเงินเหมาจ่ายการบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งรวมทั้งการรักษาแบบผู้ป่วยใน การผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินต่าง ๆ โดยบริหารจัดการให้เกิดคุณภาพ ประสิทธิภาพและความเป็นธรรมแก่ประชาชนและผู้ให้บริการเงื่อนใยเกี่ยวกับการจัดการกองทุนดังกล่าวมีดังต่อไปนี้

1. โรงพยาบาลจะต้องทำสัญญาและขึ้นทะเบียนกับสำนักงานกองทุนบริการสุขภาพในโรงพยาบาลเพื่อร่วมให้บริการ โดยกองทุนสามารถจัดสรรเงินให้โรงพยาบาลทั้งในลักษณะงบประมาณและการตามจ่ายในกรณีของการให้บริการ
2. ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการทั้งจากการส่งต่อและกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในกรณีเป็นผู้ป่วยนอกกองทุนสุขภาพปฐมภูมิและหน่วยบริการเครือข่ายการบริการปฐมภูมิจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายตามเงื่อนไขที่ทางกองทุนจะได้ตกลงกัน
3. การบริหารในลักษณะนี้จะทำให้การส่งต่อหรือการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลในเครือข่าย ไม่ถูกจำกัดด้วยสถานบริการ แต่จำเป็นต้องมีการขึ้นทะเบียน โรงพยาบาลที่จะร่วมโครงการเพื่อให้ยอมรับในการจัดสรรงบประมาณหรือค่าใช้จ่าย
4. กรณีค่าใช้จ่ายสูงยังคงเบิกจากกองทุนรวม ในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินและมีการข้ามเครือข่าย เป็นความรับผิดชอบของกองทุนระดับจังหวัดที่จะเรียกเก็บจากกองทุนย่อยหรือจ่ายคืนกองทุนย่อยภายในจังหวัดหรือข้ามจังหวัด

ความเพียงพอของงบประมาณในงานวิจัยครั้งนี้ หมายถึง การรับรู้ถึงความเหมาะสมของจำนวนเงินสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เมื่อเทียบกับต้นทุนการให้บริการ จากผลการศึกษาของ รวีวรรณ ศิริสมบุรณ์ และคณะ (2545) เรื่อง การประเมินผล การดำเนินงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิของจังหวัดสระบุรี ผลการศึกษาพบว่า การได้รับงบประมาณไม่เพียงพอทำให้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิในจังหวัดสระบุรีให้บริการเชิงรับมากกว่าเชิงรุกซึ่งไม่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นวีวรรณ วงศ์เลิศศักดิ์ (2545) เรื่อง ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิจังหวัดสตูลพบว่า ความไม่เพียงพอของงบประมาณมีผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลการปฏิบัติงานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิและสอดคล้องกับรายงานการติดตามและประเมินผลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่ 1 ของ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2547) พบว่า งบประมาณที่จัดสรรให้แก่สถานบริการไม่เพียงพอทำให้เกิดความขัดแย้งแตกความสามัคคี มีการยึดเรื่องเงินเป็นหลักมากกว่าการให้บริการแก่ประชาชน ส่งผลต่อคุณภาพการบริการที่ไม่ได้มาตรฐานตามมา

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิยังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมาย เนื่องจากการขาดแคลนทรัพยากรในการดำเนินงานที่สำคัญ 3 ประการ คือ บุคลากร อุปกรณ์การปฏิบัติงาน และงบประมาณ ดังนั้นความเพียงพอของทรัพยากรจึงน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

ปัจจัยด้านบรรยากาศขององค์การ

ความหมายบรรยากาศองค์การ มีผู้ให้ความหมายบรรยากาศองค์การไว้หลากหลาย แนวคิดเช่น เดวิส (Davis, 1981) ได้ให้ความหมายของบรรยากาศองค์การหมายถึงสภาพแวดล้อมที่บุคลากรปฏิบัติงานอยู่ในองค์การนั้น เป็นสิ่งที่มองไม่เห็นหรือสัมผัสได้ มีสภาพเหมือนบรรยากาศรอบ ๆ ตัวและคล้ายกับความหมายของ ดูบริน (Dubrin, 1973) ที่ให้ไว้คือ บรรยากาศองค์การคือความรู้สึกหรือคุณลักษณะของสภาพแวดล้อมขององค์การ เดสเลอร์ (Dessler, 1976, p. 17) ได้ให้ความหมายว่าคือการรับรู้ที่บุคคลมีต่อประเภทขององค์การที่เขากำลังทำงานอยู่และความรู้สึกของเขาที่มีต่อองค์การในแง่ของความเป็นตัวของตัวเอง การเปิดโอกาส โครงสร้างความเอาใจใส่ความอบอุ่นและการให้ผลตอบแทน มิโกส (Miklos, 1970, p. 332) กล่าวว่าบรรยากาศองค์การหมายถึงคุณลักษณะของความสัมพันธ์ทางสังคมซึ่งเกิดจากมวลสมาชิกในองค์การและระหว่างองค์การกับผู้ที่เกี่ยวข้อง กับองค์การหรือหมายถึงลักษณะกระบวนการภายในเช่น เจตคติ การปฏิสัมพันธ์และพฤติกรรมอื่นของสมาชิก เฮลลิริจก์ และสโลคัม (Helliridge & Slocum, 1974 cited in Muchinsky, 1983) กล่าวถึงบรรยากาศองค์การว่าเป็นกลุ่มของคุณลักษณะบางส่วนขององค์การหรือระบบย่อยขององค์การ ซึ่งเกี่ยวข้องกับสมาชิกหรือสภาพแวดล้อมในองค์การ สเวนเบิร์ก (Swansberg, 1990) ให้ความหมายว่าเป็นการจัดกลุ่มของรูปแบบอย่างเป็นทางการ การผ่อนคลาย การปกครอง การระมัดระวัง การยอมรับ การไว้วางใจ และอื่น ๆ ซึ่งทำให้เกิดระดับอารมณ์ร่วมกับสมาชิกในองค์การเป็นสิ่งที่ทำให้สมาชิกมีความประทับใจ และรับรู้เกี่ยวกับองค์การนั้น นอกจากนี้ ลิทวิน และสตริงเจอร์ (Litwin & Stringer, 1968) ให้ความหมายว่าเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับองค์ประกอบของสภาพแวดล้อมในองค์การทั้งทางตรงและทางอ้อม ตามความคาดหวังและแรงจูงใจของแต่ละบุคคล

จากการศึกษาความหมายของบรรยากาศองค์การแล้วนั้นการศึกษาลักษณะของบรรยากาศองค์การจะทำให้เกิดความเข้าใจบรรยากาศองค์การได้ชัดเจนขึ้น บราวน์ และ โมเบอร์ก (Brown & Moberg, 1980, p. 667) ได้กล่าวถึงคุณลักษณะสำคัญดังนี้คือ

1. เป็นการบรรยายลักษณะหรือสภาพต่าง ๆ ขององค์การ เช่น ขอบเขตความเป็นอิสระของบุคลากร ลักษณะการบังคับบัญชา ความอบอุ่น ความช่วยเหลือที่ผู้บริการแสดงออกต่อบุคลากร
2. เป็นเครื่องบ่งบอกถึงความแตกต่างระหว่างองค์การหนึ่งกับอีกองค์การหนึ่ง
3. จะยังคงอยู่ในช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป
4. บรรยากาศองค์การมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลในองค์การ

ซีแลกยี และวอลเลซ (Szilagyi & Wallace, 1980) ได้กล่าวถึงลักษณะของบรรยากาศองค์การดังนี้

1. บรรยายาสององค์การประกอบด้วยกฎระเบียบ วัตถุประสงค์ขององค์การ ลักษณะการบังคับบัญชา การจูงใจ การสนับสนุน ความขัดแย้งและการจัดการต่อความขัดแย้ง
 2. เป็นการบ่งชี้ถึงความแตกต่างขององค์การ
 3. ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคลากรในองค์การ
 4. บรรยายาสององค์การเป็นตัวกำหนดหรือสะท้อนถึงพฤติกรรมของบุคลากรในองค์การ
- จากแนวคิดที่มีผู้กล่าวถึงบรรยายาสององค์การและคุณลักษณะของบรรยายาสององค์การ

พอสรุปได้ว่า บรรยายาสององค์การหมายถึง เป็นการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในองค์การทั้งกายภาพและจิตสังคม ทั้งทางตรงและทางอ้อม ตามความคาดหวังของบุคคล ซึ่งมีผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ลิทวิน และสตริงเจอร์ (Litwin & Stringer, 1968) ที่ให้ความหมายว่าเป็นการเรียนรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในองค์การทั้งทางตรงและทางอ้อมตามความคาดหวังและการจูงใจของแต่ละบุคคล ซึ่งจะเห็นว่าเป็นความหมายที่ชัดเจน และครอบคลุมเนื้อหาองค์ประกอบขององค์การ อีกทั้งยังเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการศึกษาทางองค์การดังปรากฏในตำราและเอกสารทางการบริหารองค์การและนำศึกษาร่วมกับตัวแปรอื่น ๆ เช่น ความขัดแย้ง และการจัดการกับความขัดแย้ง (Jones, 1988) ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน การคงอยู่ในงาน (Huse & Bowditch, 1997) บรรยายาสององค์การกับความผูกพันในงาน (เจนนารา สิทธิเหรียญชัย, 2541) เป็นต้นไป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้บรรยายาสององค์การตามแนวคิดของ ลิทวิน และสตริงเจอร์ (Litwin & Stringer, 1968) เป็นแนวคิดเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ โดยได้เลือกบรรยายาสององค์การเป็นตัวแปรอิสระตัวหนึ่งในการศึกษานี้

ทฤษฎีบรรยายาสององค์การของลิทวิน และสตริงเจอร์ (Litwin & Stringer, 1968)

ลิทวิน และสตริงเจอร์ (Litwin & Stringer, 1968) ได้เสนอทฤษฎีบรรยายาสององค์การ โดยพัฒนาจากรูปแบบการจูงใจ แมคคิลแลนซ์ และแอทกินสัน (McClelland & Atkinson, 1961 cited in Liwin & Stringer, 1968) หรือเรียกว่าทฤษฎีการแสวงหาเพื่อให้ได้มาเพื่อสิ่งที่ต้องการทฤษฎีนี้เชื่อว่าโดยปกติความต้องการที่มีอยู่ในตัวบุคคลมี 2 ประการคือ ต้องการมีความสุขสบายและต้องการปราศจากความเจ็บป่วย แต่ต้องใช้ชีวิตเรียนรู้ถึงความต้องการด้านอื่นอีก 3 ประการ ซึ่งความต้องการที่เหมือนกันมาก แต่มากน้อยแตกต่างกันไป รูปแบบการจูงใจในความต้องการทั้ง 3 ประการนั้นมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความต้องการเพื่อความสำเริง (Need for Achievement) เป็นความสามารถที่จะบรรลุในงาน บุคคลที่ต้องการความสำเร็จสูงจะมีความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะประสบความสำเร็จ

มากกว่าที่คำนึงถึงรางวัลหรือผลประโยชน์

2. ความต้องการความสัมพันธ์ (Need for Affiliation) เป็นความปรารถนาที่จะกำหนดความผูกพันส่วนตัวกับบุคคลอื่น บุคคลที่มีความต้องการในด้านนี้สูงมักจะพอใจในการเป็นที่รักและหวังจะได้รับความมีน้ำใจตอบแทนจากบุคคลอื่น ๆ พยายามในการให้ความร่วมมือมากกว่าการแย่งชิงพยายามสร้างและรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่น และต้องการสร้างความเข้าใจอันดีจากสังคมที่เข้ามาเป็นสมาชิกอยู่

3. ความต้องการมีอำนาจ (Need for Power) เป็นความปรารถนาที่จะมีอิทธิพลหรือควบคุมบุคคลอื่น บุคคลที่มีความต้องการด้านนี้สูง เขาจะพยายามใช้วิธีการสร้างอิทธิพลให้เกิดการยอมรับนับถือจากผู้อื่น ต้องการเป็นผู้นำและอยู่เหนือผู้อื่นมักจะนิยมและเชื่อในระบบอำนาจที่มีอยู่ในองค์การเชื่อกุณค่าของงานและเชื่อในความเป็นธรรม

องค์ประกอบของบรรยากาศองค์การของ ลิทวิน และสตริงเจอร์ (Litwin & Stringer, 1968) กล่าวว่าบรรยากาศองค์การนั้นเป็นส่วนสำคัญของการเชื่อมโยงระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่สามารถใช้เหตุผลทางวิทยาศาสตร์อธิบายได้และบรรยายในรูปองค์ประกอบจะทำให้สามารถนำไปวัดการรับรู้ของสมาชิกในองค์การ ได้ชัดเจนกว่าการกล่าวถึงบรรยากาศโดยรวม ลิทวิน และสตริงเจอร์ (Litwin & Stringer, 1968) ให้ความคิดเห็นสนับสนุนว่าการบรรยายในรูปองค์ประกอบจะทำให้สามารถนำไปวัดการรับรู้ของสมาชิกในองค์การ ได้ชัดเจนกว่า การกล่าวถึงบรรยากาศโดยรวม

ลิทวิน และสตริงเจอร์ (Litwin & Stringer, 1968) ได้อธิบายการรับรู้ของสมาชิกในองค์การที่มีต่อองค์ประกอบของบรรยากาศองค์การแต่ละด้านแตกต่างกันไป ดังนั้นการรับรู้ถึงบรรยากาศในองค์การของแต่ละบุคคลจึงแตกต่างกันแต่สามารถนำมาวิเคราะห์ให้เห็นภาพรวมของบรรยากาศองค์การนั้นได้ ซึ่ง ลิทวิน และสตริงเจอร์ (Litwin & Stringer, 1968, pp. 81-82) ได้แบ่งองค์ประกอบขององค์การเป็น 8 ด้านดังนี้

1. ด้านโครงสร้าง (Structure) องค์ประกอบขององค์การด้านนี้เป็นความรู้สึกรู้สึกของบุคคลหรือสมาชิกในองค์การเกี่ยวกับการปกครอง กฎระเบียบข้อบังคับ การบริหารงาน การควบคุมงาน การนิเทศ เป็นการรับรู้ถึงข้อจำกัดของแต่ละสถานการณ์ในงานปริมาณและรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งอาจจะทำให้งานลดหรือเพิ่มความท้าทาย หรือความสำเร็จได้ ความคาดหวังและลักษณะของโครงสร้างจะทำให้แรงจูงใจด้านความต้องการเพื่อความสำเร็จของบุคคลเพิ่มขึ้นหรือลดลงโดยทั่วไปแล้ว โครงสร้างจะมีลักษณะเป็นทางการ มีสายการบังคับบัญชา หรือมีกฎระเบียบแสดงให้เห็นชัดเจนมีระยะห่างระหว่างบุคคล ซึ่งจะมีผลต่อระดับบรรยากาศองค์การและมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล

2. ด้านความรับผิดชอบในงานบุคคล (Individual Responsibility) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบ ความเป็นอิสระและมีการตัดสินใจบุคคลที่มีความรับผิดชอบในงานจะมีความรู้ดีกว่าบรรยากาศองค์การเป็นไปได้ด้วยดี

3. ด้านความอบอุ่นและการสนับสนุน (Warmth and Support) เป็นความรู้สึกของบุคคลในองค์กรเกี่ยวกับการเป็นผู้ร่วมงานที่ดี มีความเป็นมิตร การชื่นชมซึ่งกันและกันในการปฏิบัติงาน ความอบอุ่น และการสนับสนุนในองค์กรจะช่วยลดความกังวลในส่วนที่เกี่ยวกับงานลดลงได้

4. การให้รางวัลและลงโทษการเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย (Reward and Punishment Approval and Disapproval) เป็นความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับการได้รับรางวัลเนื่องจากการปฏิบัติงานดี การได้รับความยุติธรรมจากนโยบาย การพิจารณาความดีความชอบองค์ประกอบนี้จะวัดการรับรู้เกี่ยวกับการให้ความสำคัญ การให้รางวัลและการลงโทษภายในสถานการณ์ของการทำงานภายในสภาพแวดล้อมที่ให้ความสำคัญ การจัดรางวัลแทนที่จะเป็นการลงโทษนั้นย่อมเป็นสิ่งกระตุ้นความสนใจของบุคลากรทางด้านความสำเร็จ และความผูกพันที่ได้จะลดความกลัวที่จะล้มเหลวได้

5. ความขัดแย้งและการอดทนต่อความขัดแย้ง (Conflict and Tolerance for Conflict) เป็นความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับการเผชิญหน้าในการแก้ไขปัญหาความคิดเห็นที่แตกต่างกันของบุคคลและหน่วยงานที่มีการแข่งขันภายในองค์กรที่จะก่อให้เกิดความเครียดองค์การจะต้องเผชิญกับการขัดแย้งและการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งอยู่เสมอ

6. มาตรฐานของการผลการปฏิบัติงานและความคาดหวัง (Performance Standard and Expectation) เป็นความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับการกำหนดเป้าหมาย และมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ชัดเจน และเข้าใจตรงกัน องค์ประกอบนี้จะวัดความรู้สึกหรือการรับรู้เกี่ยวกับความสำคัญของผลการปฏิบัติงานและความชัดเจนของความคาดหวัง ที่เกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานภายในองค์กร ถ้าองค์กรใดที่สร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานและความคาดหวังไว้สูงหรือต่ำเกินไปจะส่งผลกระทบต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคคลและก่อให้เกิดการรับรู้ถึงบรรยากาศองค์การที่แตกต่างกันได้

7. ด้านเอกลักษณ์ขององค์การและการจงรักภักดีของกลุ่ม (Organizational Identity and Group Loyalty) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความรู้สึก ในการเป็นเจ้าขององค์การและค่านิยมของสมาชิกในองค์กรและทีมงานในองค์กร ที่เป็นทางการ ไม่เพียงเป็นที่ทำงานของบุคคลเท่านั้น แต่ยังมีการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น คุณลักษณะของแต่ละบุคคลและเป้าหมายของกลุ่มจะมีความสำคัญยิ่งซึ่งพบว่าการเน้นที่ความจงรักภักดีต่อกลุ่มและเป้าหมายของกลุ่มการเพิ่มเอกลักษณ์ของกลุ่มจะนำไปสู่การปฏิบัติขององค์การและจงรักภักดีต่อกลุ่ม จึงนำมาซึ่งเป็นการสร้าง

บรรยากาศที่ดีแล้วยังนำมาซึ่งการเพิ่มผลผลิตขององค์การด้วย จากการเกิดความรู้สึกของความมีส่วนร่วมในงานขององค์การ

8. ด้านความเสี่ยงและการรับความเสี่ยงในงาน (Risk and Risk Taking) เป็นความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความเสี่ยงหรือความปลอดภัยในงาน องค์ประกอบด้านนี้เป็นการวัดการรับรู้ถึงการเสี่ยงและการเปลี่ยนแปลงในงานและในองค์การซึ่งองค์การที่ไม่มีความเสี่ยงในงานหรือไม่มีงานที่ท้าทายจะทำให้ขาดแรงจูงใจ ในด้านความสำเร็จของงานที่จะส่งผลต่อการสร้างบรรยากาศองค์การในด้านนี้ลดลงด้วย

องค์ประกอบของบรรยากาศที่กล่าวมาข้างต้นมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานในงานของบุคคลซึ่งส่งผลต่อความสำเร็จของบุคคลและองค์การ ดังนั้นองค์การควรมีการปรับปรุงพัฒนาบรรยากาศองค์การอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นแรงจูงใจให้บุคคลทำงานอย่างมีความสุขและสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพ

นอกจากนี้ ลิทวิน และ สตริงเจอร์ (Litwin & Stringer, 1968 cited in Steers, 1977, p. 108) ยังได้แบ่งประเภทขององค์ประกอบของบรรยากาศองค์การออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. บรรยากาศแบบมุ่งการประสานสัมพันธ์ มีลักษณะสำคัญ 4 ประการคือ เปิดโอกาสให้เกิดการรวมกลุ่มและมีความสัมพันธ์ที่อบอุ่นจริงใจ ให้การสนับสนุนและสร้างศรัทธาแรงจูงใจแก่บุคคล ให้ความเป็นอิสระในงานและมีโครงสร้างองค์การที่บีบบังคับน้อย ให้การยอมรับว่าบุคลากรเป็นสมาชิกของกลุ่ม

2. บรรยากาศองค์การมุ่งการใช้อำนาจมีลักษณะ 3 ประการคือ มีการกำหนดโครงสร้างองค์การในรูปของกฎระเบียบ และขั้นตอนในการปฏิบัติงาน บุคลากรยอมรับความรับผิดชอบในตำแหน่ง อำนาจหน้าที่ และขั้นตอนในการปฏิบัติงาน กระตุ้นให้มีการใช้อำนาจหน้าที่เป็นทางการในการแก้ปัญหาข้อขัดแย้งและความเห็นที่ไม่ลงรอย

3. บรรยากาศมุ่งผลสำเร็จของงานมีลักษณะสำคัญ 4 ประการคือ เน้นความรับผิดชอบส่วนตัว มีการคำนวณเรื่องความเสี่ยง และมีการเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ ให้การยอมรับและรางวัลสำหรับผู้ที่มีผลการปฏิบัติงานดี สร้างความประทับใจที่บุคลากรเป็นส่วนหนึ่งของความก้าวหน้าและความสำเร็จของทีม

ดังนั้นบรรยากาศองค์การควรเป็นบรรยากาศที่ดีหรือเอื้ออำนวยแก่บุคลากรในการปฏิบัติงานเพราะเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดความสบายใจมีความสุขในการทำงาน มีทัศนคติที่ดีต่อองค์การทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพ มีประสิทธิภาพเกิดคุณภาพของงานซึ่งก่อให้เกิดผลผลิตที่ดีและเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ถ้าบรรยากาศในองค์การดีจะนำไปสู่การสร้างแรงจูงใจให้บุคคลเกิดความผูกพันในงานเพราะความผูกพันในงานเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มี

ต้องงานว่างานเป็นสิ่งสำคัญของชีวิตเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในการปฏิบัติงาน องค์การใดที่มีบรรยากาศองค์การที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน จะทำให้นุคคลในองค์การบรรลุภาวะการเติบโตทางจิตใจมีผลทำให้นุคคลปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุขในการตัดสินใจในงานนำไปสู่การมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ความเสียสละให้กับองค์การ (อุทัย เลาหวิเชียร, 2530)

สรุปได้ว่า บรรยากาศขององค์การในงานวิจัยนี้หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กันของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิตามบรรยากาศแบบมุ่งประสานสัมพันธ์ของ ลิทวิน และสตริงเจอร์ (Litwin & Stringer, 1968 cited in Steers, 1977) ซึ่งมีผลให้เกิดแรงงูใจในการปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

จากการศึกษาของ จูฮาร์ตัน เพ็ญเขตต์วิทย์ (2547) เรื่องการพัฒนาคุณภาพบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่คัดสรรพบว่า บรรยากาศขององค์การไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานเนื่องจากการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและระบบงานตามนโยบายของรัฐบาลเพื่อพัฒนาหน่วยบริการระดับปฐมภูมิบ่อยครั้ง สอดคล้องกับรายงานการติดตามและประเมินผลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่ 1 (2547) พบว่ามีปัญหาการร่วมกันปฏิบัติงานในหลายพื้นที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิรู้สึกไม่พอใจที่ถูกลดบทบาทลง แพทย์มองเจ้าหน้าที่เหล่านี้ว่าขาดความสามารถในการตรวจรักษาทำให้คุณภาพการบริการไม่ดี ส่วนเจ้าหน้าที่บางส่วนคิดว่าแพทย์ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการให้บริการในชุมชนมานั่งตรวจเท่านั้นไม่ได้ช่วยพัฒนาหน่วยบริการระดับปฐมภูมิให้บรรลุเป้าหมายทำให้บรรยากาศขององค์การไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน และสอดคล้องการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า บรรยากาศขององค์การมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ (อัมเรศ ขาวสวนกล้วย, 2534; กาญจน พลชนะ, 2543; ยุพิน พรสมุทรสิทธิ์, 2545)

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าหน่วยบริการระดับปฐมภูมิยังมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง การดำเนินงานเป็นระยะ ประกอบกับการมีบุคลากรจากหลายสาขาวิชาชีพร่วมกันปฏิบัติงาน ก่อให้เกิดความซ้ำซ้อนและเหลื่อมล้ำในการปฏิบัติงาน ทำให้บรรยากาศขององค์การไม่เอื้ออำนวยให้เกิดการปฏิบัติงาน ดังนั้น บรรยากาศขององค์การจึงน่าจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่นำกรอบแนวคิด PRECEDE Framework มาใช้ในการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดบางส่วนของ PRECEDE มาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดด้านการบริหารงานเพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมการทำงาน of พยาบาลวิชาชีพแบบสหปัจจัย (Multiple Causality Assumption)

ทำให้สามารถวิเคราะห์หาสาเหตุของการปฏิบัติงานได้ครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของบุคคล ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านมา กรอบแนวคิด PRECEDE Framework ของ กรีน และคณะ (Green et al., 1980) เป็นแนวคิดที่ใช้ในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย (Multiple Casuality Assumption) ได้ชี้ให้เห็นว่าสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหายุทธศาสตร์หรือการปฏิบัติ เนื่องจากพฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุจากหลายปัจจัย (Multiple Factors) ดังนั้นในการดำเนินการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีการดำเนินการในหลาย ๆ ด้านประกอบกัน จึงจะทำให้สามารถวิเคราะห์สาเหตุของการปฏิบัติงานได้ครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของบุคคล การกำหนดกลยุทธ์ในการแก้ไขจึงสามารถกำหนดได้ครอบคลุมปัจจัยสาเหตุทั้งหมดมิใช่ เป็นเพียงการเน้นให้ความสำคัญเพื่อแก้ไขเฉพาะปัจจัยนำที่นิยมทำกันในอดีต แต่ได้ให้ความสนใจในการจัดสภาพแวดล้อมและทรัพยากรที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานรวมทั้งจัดให้มีปัจจัยเสริมที่ช่วยสนับสนุนและกระตุ้นให้บุคคลเกิดการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง (สมทรง รักษ์เฒ่า และสรงศ์กัญญ์ ดวงคำสวัสดิ์, 2540) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิเขตภาคตะวันออก ซึ่งยังไม่พบว่ามีการศึกษาในลักษณะดังกล่าว โดยได้ประยุกต์กรอบแนวคิด PRECEDE Framework เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

1. ปัจจัยนำหรือปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ทศนคติตอนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการรับรู้บทบาทหน้าที่ด้านบริการพยาบาล
2. ปัจจัยเอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมหรือการปฏิบัติ ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากร ประกอบด้วยด้านบุคลากร ด้านความเพียงพอของอุปกรณ์การปฏิบัติงานและด้านความเพียงพอของงบประมาณ
3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ บรรยากาศขององค์กร